Niveau(x) d'enseignement: 0 Numéro EDUQ : 8570597
Centre d'intérêt: 240

Vanier, Lyse.

Dossier pauvreté-santé-nutrition : problématique de la nutrition en milieux socio-économiquement défavorisés / par Lyse Vanier et Jean-Pierre Lavoie. -- Verdun : Centre hospitalier de Verdun, Département de santé communautaire, 1984.
89 f.

Bibliogr.: f. 68-71.

Descripteur(s): *Alimentation *Milieu défavorisé *Défavorisé économique *Pauvreté *Santé *Analphabétisme *Politique gouvernementale *Aide aux milieux défavorisés *Organisme volontaire

Les objectifs de la recherche sont les suivants: évaluer l'ampleur du phénomène de la pauvreté sur le territoire du Département de santé communautaire de Verdun; présenter les relations causales entre la pauvreté, la santé et la malnutrition; décrire les problèmes reliés à l'alimentation auxquels font face les personnes socio-économiquement défavorisées; faire ressortir les interventions québécoises en matière de nutrition et d'alimentation destinées aux milieux défavorisés.

Les données proviennent de deux sources principales: une revue de la documentation et la consultation d'informateurs-clés. Ces informateurs ont été recrutés auprès d'organismes publics et para-publics ainsi qu'auprès de groupes populaires et communautaires du territoire du département de santé communautaire de Verdun. Les efforts des chercheurs ont porté principalement sur les secteurs de Verdun et de Pointe-St-Charles, les deux secteurs les plus défavorisés du département de santé communautaire. Les auteurs ont aussi consulté des interlocuteurs-clés qui travaillaient auprès des socio-économiquement défavorisés à l'extérieur du territoire exploré.

Les conditions socio-économiques exercent une influence prépondérante sur la santé des individus. Les districts les plus défavorisés, ceux de la Pointe-St-Charles et de l'Est de Verdun où 42,9% et 29,6% des familles vivent sous le seuil de la pauvreté, connaissent les plus fort taux d'hospitalisation et les espérances de vie à la naissance les plus courtes. La malnutrition constitue l'un des plus graves problèmes causés par la pauvreté. Bien que certains programmes visant l'amélioration de l'alimentation des groupes défavorisés aient été mis de l'avant au Québec, il reste beaucoup à faire. Le problème de la nutrition des personnes défavorisées devrait faire partie des priorités du ministère des Affaires sociales et un support financier devrait être assuré aux organismes qui s'en préoccupent.

Type de document: r
Région(s) administrative(s): 063

EDUQ 8570597

Département de santé communautaire

Centre hospitalier de Verdun

W 1 F 1

4000, boul. LaSalle VERDUN (Québec) H4G 2A3 761-3551

EDUQ 8570597

DOSSIER PAUVRETE-SANTE-NUTRITION

PROBLEMATIQUE DE LA NUTRITION EN MILIEUX SOCIO-ECONOMIQUEMENT DEFAVORISES

PAR LYSE VANIER, DIETETISTE-NUTRITIONNISTE
CONSEILLER EN PROGRAMMATION
ET JEAN-PIERRE LAVOIE
CONSEILLER EN RECHERCHE

OCTOBRE 1984

TABLE DES MATIERES

Page

Remerciements..... 1

Avant-propos..... 2

Introduction..... 4

1. La pauvreté: Sa définition et son impact sur la santé..... 6

1.1 La pauvreté: définition et détermination..... 6

1.2 La pauvreté dans le territoire du DSC du C.H. de Verdun.....12

1.3 L'impact de la pauvreté sur la santé.....20
A) Une relation bien décrite.....20
B) Une illustration: le DSC du CH de Verdun....22
C) Une relation peu analysée.....30

2. Pauvreté et nutrition.....32

2.1 Pauvreté et malnutrition vont de pair.....32

2.2 Répercussions de la malnutrition.....35

3. Situation des personnes à faible revenu face à l'alimentation.....40

3.1 Consommation et pauvreté.....40

3.2 Accessibilité financière à une alimentation saine et satisfaisante.....44

3.3 L'analphabétisme et le problème d'accessibilité géographique comme facteurs limitants à une alimentation adéquate.....50

4. Interventions en matière de nutrition et d'alimentation auprès des personnes à faible revenu, au Québec.....53

4.1 Les interventions du gouvernement et de son réseau.....53

4.2 Les interventions des organismes indépendants, des groupes populaires et communautaires.....58

Conclusion.....65

Bibliographie.....68

Annexe: Appendice méthodologique.....72

LISTE DES TABLEAUX

Page

1- Indicateurs de pauvreté pour les secteurs du D.S.C. du C.H. de Verdun et pour l'ensemble de la région 06-A 11

2- Comparaison seuil de pauvreté-Ménage vivant de prestations de bien-être social.....15

3- Comparaison seuil de pauvreté-Ménage vivant de prestations d'assurance-chômage.....16

4- Comparaison seuil de pauvreté-Ménage vivant du salaire minimum.....17

5- Comparaison seuil de pauvreté-Ménage vivant de pension de vieillesses.....18

6- Taux annuels d'hospitalisation (0/000) selon le sexe (incluant les naissances) D.S.C. Verdun et secteurs, 78-79.....23

7- Indices d'hospitalisation selon le sexe, D.S.C. et secteurs, 76-77-78.....24

8- Espérances de vie à la naissance (années) selon le sexe, D.S.C. Verdun et secteurs 76-77-78.....25

9- Taux annuels d'hospitalisation (0/000) et indices d'hospitalisation selon le diagnostic, sexe masculin, D.S.C. et secteurs 78-79.....27

10- Taux annuels d'hospitalisation (0/000) et indices d'hospitalisation selon le diagnostic, sexe féminin, D.S.C. et secteurs 78-79.....28

11- Indice comparatif (mortalité-type) des principales causes de mortalité par sexe, D.S.C. Verdun et secteurs, 76-77-78.....29

12- Coût minimum de régimes nutritifs.....45

REMERCIEMENTS

Une partie du présent dossier fut réalisée, au cours de l'été 1983, grâce à la collaboration de quatre étudiants qui ont travaillé, pendant trois mois, au Département de santé communautaire de Verdun dans le cadre d'un projet Eté-Canada.

Nous tenons donc à remercier: Gilles Simard (sociologie), Lyne Brissette (travail social), Marie-France Clément (nutrition), Martine Gaudreault (nutrition); ainsi que le Ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration du Canada pour sa subvention.

Enfin, nous remercions Manon Dallaire-Desjardins ainsi que Céline Brault-Daigneault pour leur excellent travail de dactylographie.

AVANT-PROPOS

Nous aimerions d'abord effectuer un bref retour historique sur le contexte qui donna lieu à la réalisation du présent dossier. Cette recherche s'inscrit dans un processus plus global qui prit forme pendant l'automne de 1982. Le continuum auquel nous faisons allusion a comme point de départ le projet "S.O.S. Alimentaire". Ce dernier relève d'une initiative d'un groupe de conseillers en programmation du Département de santé communautaire de Verdun qui, en collaboration avec des ressources du terrain, a initié un service de dépannage dans le but de fournir une aide alimentaire directe aux familles et personnes qui ont des revenus insuffisants pour se nourrir adéquatement.

Le dépistage initial de cette situation résulte de la pratique quotidienne des intervenants des modules du DSC de Verdun. Ces derniers ont constaté un problème de manque de nourriture chez plusieurs familles (surtout en fin de mois). Mis au fait de cette situation, une équipe du DSC effectua un sondage auprès d'informateurs-clés de son territoire pour vérifier l'ampleur du problème. De cette démarche, il ressort que la situation rapportée est importante et sévit principalement dans les secteurs de Verdun-est et de Pointe-St-Charles. La naissance de "S.O.S. Alimentaire", en novembre 1982, constitue une réponse à cette situation.

Nous croyons pertinent de rappeler brièvement les objectifs et le plan d'action de S.O.S. Alimentaire. Les objectifs du projet peuvent se résumer comme suit: susciter, chez les intervenants et la population, la mise en place de mesures pour améliorer la situation alimentaire en milieux défavorisés; fournir les ressources techniques permettant à la population défavorisée de se prendre en charge au point de vue de l'alimentation. Dans le but d'opérationnaliser ces objectifs, quatre actions priori-

taires ont été déterminées: amélioration de la situation alimentaire en milieu scolaire défavorisé; mise sur pied d'un comptoir de dépannage alimentaire pour compléter les services déjà offerts par les organismes locaux de charité; collaboration à la mise sur pied d'un système de repas communautaires; éducation et information. Le Réseau d'Action-Dépannage de Verdun, nouveau regroupement de représentants d'organismes et de groupes communautaires concrétise les objectifs de S.O.S. Alimentaire.

Il ne faut pas perdre de vue que c'est finalement en fonction des résultats obtenus pendant la consultation de S.O.S. Alimentaire et en fonction des impératifs de planification que l'actuel projet a pris forme.

INTRODUCTION

A l'heure actuelle au Québec, l'aide sociale dame le pion à l'assurance-chômage et l'urgence sociale malheureusement, gagne en popularité. En effet, on retrouve en 1983, près de 600,000 personnes vivant de l'aide sociale au Québec (soit 10% de la population québécoise totale). Entre 1978 et 1983, le nombre de ménages bénéficiaires de l'aide sociale, à Montréal, a augmenté de 53 pour cent en cinq ans: ainsi, un montréalais sur cinq vit sous le seuil de la pauvreté. Les données socio-démographiques du Département de santé communautaire de Verdun montrent que la situation socio-économique de son territoire se détériore depuis 1976. Par exemple, la situation socio-économique de Verdun-Est se détériore de plus en plus pour se rapprocher de celle de Pointe-St-Charles où 43% de la population vit sous le seuil de la pauvreté.

La situation de non travail présente aura sûrement un impact sur l'apparition ou la recrudescence de certains problèmes psycho-sociaux et de santé parmi la population. L'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) définit l'importance des variables socio-économiques pour la santé: elle en fait littéralement une condition, un facteur de santé, en l'incluant dans la composante sociale, qui, au même titre que les facteurs chimiques, physiques et biologiques, exercent une influence décelable sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités.

Il est généralement reconnu dans les milieux de santé qu'il y a une nette relation entre la santé des individus et leur statut socio-économique. On a aussi montré qu'il y a une relation entre le revenu et l'état nutritionnel des divers groupes physiologiques. Il est universellement reconnu que la sous-alimentation constitue l'un des plus graves problèmes causés par la pauvreté et que la gravité des répercussions de la malnutrition sur la santé est évidente.

La crise socio-économique à travers laquelle on est passé dernièrement et qui dure toujours, rend la situation face à l'alimentation de plus en plus difficile et évidente pour des milliers d'individus à faible revenu. En effet, la situation économique actuelle oblige des milliers de personnes à se nourrir d'après un régime alimentaire complètement inadéquat. On voit déjà l'influence négative de la crise économique sur la capacité de se nourrir puisqu'en 1983, les demandes de dons alimentaires ont augmenté de 40% à Montréal.

Ce dossier se présente donc comme une étape nécessaire à l'élaboration de projets d'intervention ou à la mise en place de mesures socio-alimentaires auprès de la population défavorisée du territoire du Département de santé communautaire de Verdun.

Les objectifs initiaux de cette recherche sont les suivants: évaluer l'ampleur du phénomène de la pauvreté sur le territoire du DSC;présenter les relations causales existantes entre la pauvreté et la santé, la pauvreté et la malnutrition; décrire les problèmes reliés à l'alimentation auxquels font face les personnes socio-économiquement défavorisées; faire ressortir les interventions en matière de nutrition et d'alimentation, visant les milieux défavorisés, mises de l'avant au Québec.

Ce dossier tire son information de deux sources principales (voir l'appendice méthodologique en annexe).
Dans un premier temps, nous avons effectué une revue de littérature existante et dans un deuxième temps, effectué une consultation auprès d'informateurs-clés. Ces informateurs ont été recrutés auprès d'organismes publics et para-publics ainsi qu'auprès de groupes populaires et communautaires du territoire du DSC de Verdun. A cet effet nous devons spécifier que nos efforts se sont principalement concentrés sur les secteurs de Verdun et de Pointe-St-Charles, les deux secteurs les plus défavorisés du territoire du DSC de Verdun. Nous avons aussi consulté des interlocuteurs-clés qui travaillent auprès des socio-économiquement défavorisés, mais à l'extérieur du territoire du DSC.

1. LA PAUVRETE: SA DEFINITION ET SON IMPACT SUR LA SANTE

1.1 LA PAUVRETE: DEFINITION ET DETERMINATION

Autant le mot "pauvreté" est fréquemment utilisé dans le langage courant, autant on s'arrête peu à sa définition. En fait, celle-ci est confrontée à des variations historiques et culturelles qui rendent complexe et périlleuse toute approche normative. Dans ce chapitre, nous présenterons donc différentes définitions de la pauvreté, esquisserons quelques approches utilisées pour délimiter ce phénomène et décrirons son étendue selon l'indice de pauvreté retenu.

On établit généralement un parallèle étroit entre pauvreté et manque de revenus monétaires. Les définitions du Conseil économique du Canada et de l'Unesco montrent bien que la pauvreté dépasse cet aspect matériel:

> "Insuffisance d'accès à quelques uns des biens, des services et des conditions de vie qui sont accessibles à tous les autres et qui sont tenus pour indispensables à un niveau de vie acceptable"[1]

> "Sont en état de pauvreté les individus ou les familles dont les revenus en espèces, ou autres ressources, notamment les revenus sous forme de formation scolaire ou professionnelle, dont les conditions d'existence particulières au milieu familial et professionnel, dont le patrimoine matériel, sont nettement en dessous du niveau moyen de la société dans laquelle ils vivent".[2]

---

1. Conseil économique du Canada, in Cliche, P.: Un schéma explicatif de la pauvreté (Doc. no.2), Projet Doris, Collection Indicateurs sociaux, Min. des Aff. sociales, 1976, p.7

2. Définition de l'UNESCO in Cliche, P.: op-cit., p.8.

Ces définitions font référence à des aspects matériels et sociaux. La pauvreté incluerait donc l'incapacité d'obtenir des biens "vitaux" ou considérés comme "normaux" et l'incapacité de satisfaire des besoins d'éducation, de formation, professionnels et même des besoins d'expression et de considération. La pauvreté pourrait alors se définir comme l'incapacité de satisfaire les besoins nécessaires au fonctionnement de l'organisme.

Il y a cependant impossibilité de définir objectivement ce qui est le minimum nécessaire à la survie d'un organisme. On ne s'entend pas sur les différents apports nutritionnels nécessaires au maintien en vie de l'homme. Encore là, parle-t-on d'un strict maintien biologique ou un maintien suffisant pour permettre un certain nombre d'activités. En fait le "nécessaire" est fondé sur un système de valeurs et de normes culturelles.[1]

Malgré ces difficultés, plusieurs chercheurs ont cherché à opérationnaliser une définition de la pauvreté. L'approche strictement subjective de certains considérant comme pauvres ceux qui se considèremt ou sont considérés comme tels, ne permet pas une opérationnalisation réelle. Elle ne fait que nous ramener à la définition de départ: "Je suis pauvre parce que je me sens pauvre". On serait alors confronté à une multitude de définitions. La majeure partie des opérationnalisations ont porté sur les revenus. Ceux-ci sont pris comme indicateurs de niveaux de vie. Cet indicateur est relativement mauvais car on devrait considérer, en plus du revenu, les biens matériels acquis, les revenus sur plusieurs années, les modes de consommation,...

De plus, les données concernant les revenus sont généralement mauvaises: les personnes ont tendance à ne pas les déclarer et à les sous-évaluer. Ceux qui ont plusieurs sources de revenus, ne déclarent souvent que la principale source.

---

1. Cliche, P.: Op-cit. pp.12-13

Les revenus annuels constituent cependant à peu près la seule donnée recueillie et devient donc le seul indicateur de niveau de vie disponible.[1]

Ces tentatives d'opérationnalisation ont donc tenté de distinguer les pauvres des non-pauvres. Certains essaient même de distinguer la misère, définie comme l'incapacité de satisfaire les besoins vitaux, de la pauvreté, soit l'incapacité de vivre au rythme de la société, de l'aisance, soit la capacité d'avoir plus que le nécessaire, et enfin de la richesse, soit la capacité d'accéder au luxe. On assiste à des tentatives de définir des seuils qui marquent le passage d'un niveau ou état à l'autre, d'où l'expression "seuil de pauvreté".

Dans la détermination de seuils de pauvreté, Cliche[2] identifiait deux types de méthodologie: l'approche comparative et l'approche budgétaire. L'approche comparative consiste à considérer comme pauvre la population dont le revenu est x% inférieure à la moyenne de la population ou le 20 à 30% de la population avec les plus faibles revenus. Cette approche souligne bien le caractère relatif de la pauvreté. Elle possède en retour de nombreuses limites: les pourcentages sont choisis arbitrairement, la taille des ménages n'est pas considérée, l'évolution des taux ou effectifs des personnes pauvres n'est pas perçue et enfin, une personne ou ménage sera considéré pauvre ou non suivant qu'on le situe par rapport à la moyenne du quartier, de la ville, de la province ou du pays.

La seconde approche, dénommée budgétaire, recoupe deux méthodologies apparentées. La première consiste à définir les coûts nécessaires à l'achat de biens jugés essentiels (alimentation, loyer et habillement). Cette méthode, considérée objective, permettrait de bien définir la population nécessiteuse et de suivre son évolution dans le temps, si elle n'était pas aussi risquée. On ne réus-

---

1. Cliche, P.: Op-cit, pp.11-18.
2. Ibid: pp.20-29.

sit que rarement à s'entendre sur les coûts minima de l'alimentation, du logement et de l'habillement adéquat. Ceux-ci sont conditionnés par les conditions de vie, les valeurs et connotations culturelles. Certains biens de consommation, superflus ailleurs ou autrefois, paraissent de plus en plus indispensables: téléphone, téléviseur...

L'autre approche budgétaire reprend des éléments de l'approche comparative. Elle est fondée sur la part du budget à être alloué à la satisfaction de certains biens essentiels. Un des exemples de ces seuils est celui de Statistique Canada. Comme des enquêtes sur la consommation avaient démontré que les ménages dépensaient en moyenne 50% de leurs revenus à l'obtention de biens essentiels, on a considéré comme pauvre toute personne ou famille consacrant 70% ou plus de son revenu à l'acquisition de ceux-ci.[1] Ces seuils sont généralement déterminés en fonction de la taille du ménage et sont indexés au coût de la vie. Ces seuils présentent plusieurs avantages: ils permettent de tenir compte des besoins autres que les stricts minima, ils tiennent compte des habitudes de la population, ils reflètent les changements dans les niveaux de vie et tiennent compte des modifications de la composition des dépenses. Enfin, ces seuils sont faciles d'utilisation. Ces seuils présentent en retour quelques inconvénients et limites: l'écart de 20% entre le niveau national de dépenses et celui qui caractérise les personnes pauvres est tout à fait arbitraire, ils sont fixés sur des revenus bruts et non les revenus nets et enfin ils sont considérés élevés.[2]

---

1. Ces pourcentages sont ajustés périodiquement suite aux enquêtes sur la consommation effectuées par Statistique Canada. Ainsi ces pourcentages ont été revus à la baisse récemment, soient respectivement 42 et 62%.

2. Cliche P. et Fugère, D.: La détermination d'un seuil de pauvreté: inventaire critique des mesures existantes, Min. des Aff. sociales, Projet Doris, Coll. Indicateurs sociaux, Québec, 19791, pp. 95-123.

SEUILS DE PAUVRETE - STATISTIQUE CANADA
1981-1983

Nombre de personnes	montant $ 1981	1983
1	8 045	9 538
2	10 614	12 583
3	14 198	16 832
4	16 361	19 397
5	19 066	22 604
6	20 823	24 687
7	22 919	27 172

Malgré ces limites, les seuils de Statistique Canada demeurent parmi les plus utilisés et les moins imparfaits. Les seuils de Statistique Canada, comme tous les autres cependant, ne font référence qu'à l'élément "revenu" de la pauvreté. Comme nous l'avons dit précédemment, la pauvreté n'est pas seulement un manque de revenus, mais bien un manque de ressources matérielles, sociales et culturelles.

Cliche termine son étude en proposant, non plus des seuils de pauvreté, mais bien un ensemble d'indicateurs de pauvreté qui ont le très grand avantage de tenir compte de la nature polyvalente du phénomène (voir tableau page suivante). Il faut cependant constater ici que l'on retrouve sur le même pied des éléments qui illustrent la pauvreté (manque de revenu, chômage, logement inadéquat), des facteurs de risque (âge) et possiblement des conséquences (taux de suicide, taux de criminalité,...). Ces indicateurs s'appliquent surtout à une population et peu aux individus. Compte tenu de la multiplicité des indicateurs, et de la probabilité de rencontrer des inconsistances (exemple: population âgée mais fortunée), il est impossible de déterminer la proportion exacte de population considérée pauvre. Rechercher une proportion exacte est en retour probablement illusoire et relève d'un "réductionnisme" abusif. Nous retiendrons ces indicateurs pour tenter de mesurer l'étendue du phénomène de pauvreté sur notre territoire.

INDICATEURS DE PAUVRETE [1]

Revenu:	% des ménages sous le seuil de la pauvreté
Travail:	% des manoeuvres dans l'ensemble des salariés masculins
	% des chefs de ménages ayant travaillé 40 semaines et moins au cours de la dernière année
Instruction:	% des chefs de ménages ayant une 11e année ou moins
	% des jeunes de 15 à 18 ans qui ne fréquentent plus l'école
Age:	% des 65 ans et plus
Famille:	% des familles qui comptent 5 enfants et plus
	% des familles monoparentales
Santé:	Taux de mortalité infantile
Logement:	% des logements qui comptent plus de 1 personne par pièce
	% de logements sans baignoire ni douche
	% de logements sans eau courante ni douche
Endettement:	% des ménages sous le seuil de la pauvreté qui doivent plus de 2000$
Inadaptation sociale:	Taux de suicide
	Taux de criminalité

---

1. Cliche, P., Op-cit, p.164.

1.2 LA PAUVRETE DANS LE TERRITOIRE DU DSC DU C.H. VERDUN

Suite aux indicateurs de pauvreté de Cliche, nous tenterons de circonscrire le phénomène de pauvreté sur notre territoire. Nous ne pourrons ressortir tous les indicateurs présentés, certains seront remplacés par des pourcentages ou taux similaires. Ainsi, par exemple, le pourcentage de chefs de ménage ayant une 11e année ou moins sera remplacé par le pourcentage de personne de 15 ans et plus ayant moins d'une 9e année. La totalité des indicateurs présentés sont issus du Dossier socio-démographique et sanitaire du territoire du D.S.C. du C.H. de Verdun[1]. Nous donnons, lorsque possible, les données pour la région 06-A (Ile de Montréal, Ile Bizard et Laval).

Il ressort de ce tableau que le district de Pointe-St-Charles présente le plus d'indicateurs négatifs. Il est suivi par le secteur de l'Est de Verdun dont plusieurs indicateurs sont près et même au dessus de ceux de Pointe-St-Charles. Des quatre autres secteurs, St-Paul/Ville-Emard présentent quelques indicateurs négatifs qui le situe entre celui de Verdun Est et les trois secteurs restants qui présentent passablement d'uniformité.

On peut voir aussi l'inconsistance dans les indicateurs retenus. Pointe-St-Charles présente de bons indicateurs de santé. Cependant, les décès entre 0 et 1 an et les décès par suicide demeurent relativement peu nombreux, surtout pour une population de 14 000 personnes, et sont sujets à de fortes variations aléatoires. D'autres indicateurs, tels l'espérance de vie à la naissance (63,5 ans pour les hommes et 72,4 ans pour les femmes)[2] et

---

1. Arcand, R.; Kapetanakis, C.; St-Pierre, M.H.: Dossier socio-démographique et sanitaire du territoire du DSC du C.H. de Verdun - Volume 1, Verdun, Département de santé communautaire du C.H. de Verdun, 1984, 314p. + annexes.
2. Arcand, R.; Kapetanakis, C.; St-Pierre, M.H.: op. cit., p.238.

TABLEAU 1

Indicateurs de pauvreté pour les secteurs du D.S.C. du C.H. de Verdun et pour l'ensemble de la région 06-A.

Indicateur \ Secteur	Pte-St-Charles	St-Paul V. Emard	Verdun Est	Verdun Ouest	LaSalle Sud	LaSalle Nord	Région 06-A
% des familles sous le seuil de la pauvreté	42,9	19,8	29,6	14,2	13,7	13,7	---
% de chômage chez les époux	5,3	4,0	5,6	3,2	2,7	3,4	---
% de personnes de 15 ans et + n'ayant pas complété une 9e année	46,5	37,9	35,7	23,6	24,2	23,3	25,0
% de personnes âgées de 65 ans et +	11,0	11,8	12,8	16,0	12,7	5,0	10,8
% de familles avec 5 enfants ou plus	2,9	1,0	1,1	0,5	0,5	0,8	----
% de familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans	21,0	9,0	14,4	8,6	6,8	9,7	----
Taux de mortalité infantile 0/00	5,4	11,9	----> 9,2 <----		----> 9,1 <---		11,0
Taux de suicide 0/00	0,7	2,3	----> 2,3 <----		----> 2,6 <---		1,7

Source: Arcand, R.; Kapetanakis, C.; St-Pierre, M.H.: op. cit.

le taux global d'hospitalisation (153,3 0/00)[2], laisse voir pour Pointe-St-Charles un état sanitaire déplorable. Il en est ainsi également pour l'est de Verdun. Il faut également remarquer que, malgré une forte proportion de population âgée de 65 ans et plus, le secteur de Verdun Ouest demeure passablement favorisé. Les indicateurs donnés ici permettent de définir des secteurs-cibles, soit Pointe-St-Charles et Verdun Est principalement, St-Paul/Ville-Emard dans une moindre mesure. Ils ne permettent pas de définir des clientèles-cibles.

Les indicateurs donnés ci-haut, comme nous l'avons dit, se rapportent à une population vivant sur un territoire délimité et non à des individus ou des sous-groupes. Nous sommes moins bien équipés pour identifier des groupes-cibles. Il faudrait identifier par exemple des ménages vivant sous le seuil de pauvreté, peu instruits, plutôt âgés, vivant de prestations sociales (chômage, bien-être social, vieillesse),..., on ne dispose pas de telles données. En considérant les seuls revenus par exemple, les tableaux qui suivent nous permettent d'identifier quelques sous-populations qui ont des revenus les situant sous le seuil de pauvreté.

Selon ces tableaux, en 1983 tout ménage vivant uniquement de prestations de bien-être social, de pensions de vieillesse publiques ou d'un seul revenu d'emploi situé près du salaire minimum, se situe sous le seuil de pauvreté. Tout ménage avec enfant dont le seul revenu est constitué de la prestation maximale d'assurance-chômage vit sous ce seuil. Les ménages ne recevant pas cette prestation maximale sont dans un état encore plus précaire.

---

1. Arcand, R.; Kapetanakis, C.; St-Pierre, M.H.: op. cit. p.148.

TABLEAU 2

COMPARAISON SEUIL DE PAUVRETE

MENAGE VIVANT DE PRESTATIONS DE BIEN-ETRE SOCIAL

1 Description du ménage	2 Revenu	3 Seuil de pauvreté	4 % (2/3)
1 personne seule 18-30 ans	1 764, 00	9 538, 00	18,5
1 personne seule 30 ans et plus	4 836, 00	9 538, 00	50,7
couple: 2 personnes 30 ans et plus	7 680, 00	12 583, 00	61,0
2 adultes 1 enfant (1)	8 599, 68	16 832, 00	51,1
1 adulte 2 enfants (1)	7 956, 12	16 832, 00	47,3
2 adultes 2 enfants (1)	9 552, 12	19 397, 00	49,2

(1) Lorsque le couple a un enfant nous considérons que cet enfant est âgé de moins de 12 ans. Si le couple a deux enfants, on considère que le plus âgé a plus de 12 ans et le plus jeune moins de 12 ans. Les allocations familiales sont intégrées au revenu.

TABLEAU 3

COMPARAISON SEUIL DE PAUVRETE

MENAGE VIVANT DE PRESTATION D'ASSURANCE CHOMAGE

1 Description du ménage (1)	2 Revenu Total	3 Seuil de pauvreté	4 % (2/3)
1 bénéficiaire vivant seul	11 960, 00	9 538, 00	125,4
couple	11 960, 00	12 583, 00	95,0
couple avec 2 enfants (2)	12 788, 12	19 397, 00	65,9

(1) Pour tous les ménages il n'y a, dans cet exemple, qu'un seul revenu provenant de prestation d'assurance-chômage.

(2) Dans cet exemple, un enfant est âgé de plus de 12 ans alors que le second a moins de 12 ans. Les allocations familiales sont intégrées au revenu.

TABLEAU 4

COMPARAISON SEUIL DE PAUVRETE

MENAGE VIVANT DU SALAIRE MINIMUM

1 Nombre de personnes	2 Revenu	3 Seuil de pauvreté	4 % (2/3)
1	8 320, 00	9 538	87,2
2	8 320, 00	12 583	66,1
3(1)	8 615, 68	16 832	51,2
4(2)	9 148, 12	19 397	47,2

(1) Le revenu inclut le salaire et les prestations d'allocation familiale

(2) Pour les ménages de 3 personnes on considère qu'il y a 2 adultes et un enfant de moins de 12 ans, pour les ménages de 4 personnes on considère qu'il y a 2 adultes et 2 enfants, un de moins de 12 ans et un de plus de 12 ans.

TABLEAU 5

COMPARAISON SEUIL DE PAUVRETE

MENAGE VIVANT DE PENSION DE VIEILLESSE

1 Nombre	2 Age	3 Revenu	4 Seuil de pauvreté	5 2 (3/4)
1	65 +	5 940, 84	9 538	62,3
2	65 +	10 588, 08	12 583	84,1
2	1. 65 + 2. - 60	6 264, 84	12 583	49,8
2	1. 65 + 2. 60-64	11 092, 08	12 583	88,2

Il est malheureusement quasi-impossible, à moins d'enquête spécifique, de quantifier ces clientèles particulières. Nous ne possédons pas, pour notre territoire, de données sur les ménages avec enfant vivant de prestation d'assurance-chômage par exemple, ou de couples âgés ne vivant que des pensions des gouvernements fédéral et provincial. La seule sous-population qu'il nous est possible de quantifier est celle recevant des prestations de bien-être social tout en étant apte au travail. Nous ne pouvons cependant préciser l'effectif de la population vivant de ces prestations.[1]

En septembre 1983, on comptait 8871 bénéficiaires de prestations de bien-être social aptes au travail, ce qui représenterait quand même plus de 7% de la population âgée de 18 à 64 ans. Plus de 60% de ces bénéficiaires, soit 5275, vivaient de prestations depuis plus d'un an, ceci peut accentuer l'état de dénuement. 26% de ces bénéficiaires, 2329, étaient aptes au travail et avaient moins de 30 ans. Ils recevaient à ce moment 149,00 par mois. Enfin, un autre facteur de risque, la faible scolarité, s'ajoute à la faiblesse du revenu. 89% (7934) des prestataires du bien-être social ont moins de 11 années de scolarité, 22% (1913) en ont même moins de 7 ans. Ces quelques chiffres ne constituent pas une quantification d'une population-cible, mais ne font que présenter la pointe du iceberg. N'oublions pas que 19,8% (36 345) de la population du D.S.C.V. auraient vécu sous le seuil de pauvreté en 1981.[2]

---

1. Données obtenues de la Direction générale Travail-Québec du Montréal-Métropolitain du Ministère de la main-d'oeuvre et de la sécurité du revenu.

2. Arcand, R.; Kapetanakis, C.; St-Pierre, M.H.: op. cit. p.88.

1.3 L'IMPACT DE LA PAUVRETE SUR LA SANTE

Les études concernant la relation entre la santé et la pauvreté sont relativement peu nombreuses. Les études répertoriées font plutôt le rapport entre l'état de santé et certains indicateurs socio-économiques tels le revenu, la profession, le niveau d'instruction, etc... Comme un épidémiologiste français le remarquait récemment, non seulement les études sont peu nombreuses, mais elles demeurent généralement descriptives. Peu d'études s'arrêtent à identifier les facteurs reliés à la pauvreté qui influent sur la santé.[1]

A) UNE RELATION BIEN DECRITE

Pour illustrer la relation entre la santé et la pauvreté ou le niveau socio-économique, certains auteurs ont calculé des indicateurs globaux de santé selon des zones géographiques classées comme favorisées ou non. La relation entre santé et pauvreté est alors souvent frappante. Lors d'enquêtes épidémiologiques relevées par Lerner[2], on a montré que les taux de mortalité infantile (décès entre 0 et 1 an), dans les quartiers pauvres de Chicago excédaient de 75% ceux des quartiers non classés comme non-pauvres (38,5 0/00 versus 22,2 0/00). R. Wilkins[3] dans ses études sur les espérances de vie montre que l'espérance de vie à Notre-Dame de Grâce/Westmount s'établit à 75,2 ans contre 66,1 ans dans le secteur de St-Henri/Petite Bourgogne. Il souligne également qu'en 1976, l'espérance de vie à la naissance dans le Centre-Sud de Montréal s'établissait à 63 ans, un niveau inférieur à ceux de pays tels Cuba, Panama, Jamaïque, Mexique et Malaisie. Ces relations tout en illustrant bien la relation

---

1. Golberg, M.: "Cet obscur objet de l'épidémiologie", Sciences sociales et santé, no.1, déc.82, pp. 55-99.
2. Lerner, M.: "Social Difference in Physical Health" in Kosa, J., Zola, I.K.: Poverty and Health - A sociological Analysis, p.115.
3. Wilkins, R.: An analysis of Population Health Status in each Local community Service District (CLSC) of the Department of Community Health (DSC), Montreal General Hospital, Late 1970's.

santé pauvreté demeurent imprécises. Ces écarts sont-ils dûs à certaines maladies ou causes de décès (tels les accidents) particulières qui expliqueraient ces écarts?

Un certain nombre d'études ont mis en évidence le rapport entre le niveau socio-économique, la pauvreté et certaines pathologies particulières. Lorsque nous regardons les différentes maladies et pathologies, il est impossible d'en identifier certaines qui seraient responsables de l'écart. En effet, l'ensemble des documents et études soulignent des relations importantes négatives entre le statut socio-économique et toute une panoplie de maladies:

a) maladies cardio-vasculaires[1,2,3,5,6]
b) cancers de l'estomac, du système respiratoire, du système gastro-intestinal, du cervix, des lèvres 1,2,6
c) artério-sclérose[2]
d) diabète[1,2]
e) cirrhose du foie[2]
f) maladies rénales[2]
g) bronchites chroniques[3]
h) rhumatismes articulaires[2,5]
i) névroses et surtout psychoses[1,2,4,5]
j) violence[6]
k) intoxications accidentelles[2,6]
l) infections de la peau[3]
m) problèmes visuels et auditifs[3,6]
n) ulcères gastriques[2]
o) carences alimentaires dont carence en fer, faible taux d'hémoglobine [1,2] rachitisme[2]
p) maladies contagieuses: tuberculose, gastro-entérite, pneumonie[1,2,3,6]
q) caries dentaires [2]

---

1. Cliche, op. cit., p.119-124
2. Siemiatycki, J.: Les conditions de vie et la santé, avec référence spéciale aux quartiers de bas revenus à Montréal, Montréal, 1972, pp.9-17.
3. Mc Keown + Lowe: An introduction to social Medecine, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1974. p.75.
4. Schwab + Schwab: Sociocultural Roots of Mental Illness - An Epidemiology Survey. Plenum Medical Book Company, New-York, 1978, pp. 158-178.
5. Lerner, M.: "Social Differences in Physical Health" in Kosa, J.: Zola, I.K., Poverty and Health - a sociological Analysis, Harvard University Press, Cambridge, 1975, p.125-128.
6. Labonté et Penfold: Health Promotion Philosophy. Western region Office, Health and Welfare Canada, March 1981.

Une seule maladie a été clairement identifiée comme ayant une relation positive avec le statut socio-économique: le cancer du sein.[1]

Comme les études relatées ne font qu'établir des corrélations entre certaines pathologies et la plupart du temps le revenu, certains auteurs remettent en question l'impact du statut socio-économique sur la santé. Selon eux, la causalité peut-être inversée: la maladie, l'handicap peut impliquer une diminution de revenus. La relation entre revenu et santé peut effectivement être bidirectionnelle et dans ce sens l'impact du revenu sur la santé nettement exagéré. Cependant, la relation entre un faible niveau socio-économique et la santé peut-être vérifiée au niveau d'autres indicateurs qui risquent moins d'être influencés par l'état de santé, tels le niveau d'instruction.[2] En effet, comme on étudie à des âges relativement jeunes, et que la plupart des maladies énumérées apparaissent à des âges assez avancés, il est à peu près assuré que le rapport de causalité se fait en bonne partie dans le sens du niveau socio-économique vers la santé, tout en admettant la réalité d'une relation inverse. Ceci nous amènerait possiblement vers un cercle vicieux, les deux phénomènes se renforcissant mutuellement.

B) UNE ILLUSTRATION: LE DSC DU C.H. DE VERDUN

Comme nous avons vu précédemment, les districts les plus défavorisés du territoire du DSC sont dans l'ordre Pointe-St-Charles, Verdun Est et Ville-Emard/Côte-St-Paul. Différents indicateurs de santé concordent presque tous avec les conclusions de la revue de la littérature: les districts défavorisés présentent les pires indicateurs de santé. Il est de plus impossible de distinguer des pathologies particulières qui expliqueraient des écarts notés dans les niveaux d'hospitalisation et de mortalité.

---

1. Siemiatycki, J.: op.cit.
2. Billette A.: "Santé, classes sociales et politiques redistributives." Sociologie et Sociétés, vol.9,no.1, avril 1977, pp. 76-92.

Pour les données de mortalité, il est impossible de distinguer le secteur défavorisé de Verdun (Est) du secteur plus favorisé (Ouest). Il s'en suivra une certaine imprécision.

Comme nous le montre les tableaux 6 et 7 les populations de Pointe-St-Charles et de l'Est de Verdun connaissent les plus forts taux d'hospitalisations, LaSalle les plus faibles. Même si nous éliminons l'effet de l'âge, le district de LaSalle Nord étant plus jeune, les écarts demeurent (tableau 7).

TABLEAU 6

Taux annuels d'hospitalisation (0/000) selon le sexe (incluant les naissances) D.S.C. Verdun et secteurs, 78-79[1]

Sexe / Territoire	MASCULIN	FEMININ	TOTAL
Pointe-St-Charles	1327,5	1730,6	1532,9
Ville-Emard/ Côte-St-Paul	924,3	1300,0	1119,2
Verdun Est	1093,8	1528,5	1324,1
Verdun Ouest	1049,2	1385,4	1227,6
LaSalle Sud	768,2	1092,0	940,5
LaSalle Nord	673,9	1188,0	937,1
DSC Verdun	916,4	1332,4	1133,4

1. Arcand, R.; Kapetanakis, C.; St-Pierre, M.H.: op. cit., p.148

TABLEAU 7

Indices d'hospitalisation selon le sexe[1], D.S.C. et secteurs, 76-77-78

SEXE / TERRITOIRE	MASCULIN	FEMININ	TOTAL
Pointe-St-Charles	144	138	138
Ville-Emard Côte-St-Paul	99	98	98
Verdun Est	117	115	115
Verdun Ouest	104	100	102
LaSalle Sud	80	80	80
LaSalle Nord	82	90	87
D.S.C.	100	100	100

Lorsque nous regardons les espérances de vie à la naissance (tableau 8), nous constatons un même modèle, les habitants de Pointe-St-Charles doivent s'attendre à vivre 6,0 ou 4,0 ans de moins que ceux de LaSalle, suivant qu'ils sont de sexe masculin ou féminin respectivement. Les habitants de St-Paul et Verdun occupent une position intermédiaire.

1. Cet indice emprunte la méthode de l'indice de mortalité-type. On applique à la population de chaque secteur les taux d'hospitalisation par âge du D.S.C. Le nombre d'hospitalisations obtenu par ce calcul est ensuite rapporté au nombre d'hospitalisations effectivement observé dans chaque secteur. Si l'indice est inférieur à 100, l'hospitalisation est moins élevée dans ce secteur que dans le D.S.C., et inversement. Arcand R.; Kapetanakis, C.; St-Pierre, M.H., op.cit. p.153.

TABLEAU 8

Espérances de vie à la naissance (années) selon le sexe, D.S.C. Verdun et secteurs, 76-77-78[1]

SEXE / TERRITOIRE	MASCULIN	FEMININ
D.S.C. Verdun	67,4	75,0
Pointe-St-Charles	63,5	72,4
Ville-Emard/ Côte-St-Paul	67,2	75,8
Verdun	66,1	74,8
LaSalle	69,5	76,4

Lorsque nous considérons les facteurs d'hospitalisation et de décès (tableaux 9 à 11), il est quasi impossible d'identifier des diagnostics spécifiques qui expliqueraient en bonne partie la sur-hospitalisation et la sur-mortalité.

Si nous comparons les groupes de diagnostics d'hospitalisation, les districts de Pointe-St-Charles et Verdun Est se distinguent par des niveaux élevés pour à peu près tous les groupes sauf pour les tumeurs chez les femmes. Cet écart est probablement dû au surcroft de cancer du sein chez les femmes de milieu favorisé.

---

1. Arcand, R.; Kapetanakis, C.; St-Pierre, M.H.: Op.cit., p.238.

Quant aux causes de décès, les secteurs les plus défavorisés ont des niveaux élevés de mortalité pour presque toutes les causes et les secteurs favorisés des niveaux faibles. Seules les maladies de l'appareil digestif se distinguent avec des niveaux particulièrement élevés ou faibles selon le milieu socio-économique.

Les données disponibles pour le territoire du D.S.C. de Verdun confirment donc les conclusions de la revue de la littérature. Il demeure que ces données nous donnent peu d'informations sur les facteurs reliés ou constitutifs à la pauvreté qui expliqueraient les écarts des niveaux de santé. La littérature est d'ailleurs beaucoup plus mince concernant ces relations.

TABLEAU 9

Taux annuels d'hospitalisation (0/000) et indices d'hospitalisation selon le diagnostic, sexe masculin. DSC et secteurs 78-79[1]

Territoire / Diagnostic	D.S.C.	Pointe-St-Charles	V.Emard C.-St-Paul	Verdun Est	Verdun Ouest	LaSalle Sud	LaSalle Nord
Appareil circulatoire	150,1	197,3	154,9	176,3	211,6	148,8	84,6
Indice	(100)	(131)	(97)	(112)	(115)	(88)	(75)
Appareil digestif -	140,6	179,7	156,6	168,0	166,8	106,3	101,7
Indice	(100)	(131)	(109)	(118)	(107)	(71)	(81)
Appareil respiratoire	103,7	166,8	109,3	141,4	101,4	80,2	69,7
Indice	(100)	(155)	(106)	(137)	(98)	(80)	(68)
Accidents	85,5	130,8	79,8	112,8	90,7	62,0	66,2
Indice	(100)	(152)	(93)	(131)	(107)	(73)	(78)
Organes génito-urinaires	75,4	105,8	76,3	81,3	98,5	69,5	52,6
Indice	(100)	(139)	(98)	(105)	(115)	(86)	(83)
Tumeurs	72,9	109,2	78,9	68,7	93,9	63,9	53,8
Indice	(100)	(145)	(101)	(89)	(102)	(77)	(102
Système ostéo-musculaire	67,4	93,6	64,1	84,9	67,6	60,6	54,2
Indice	(100)	(147)	(93)	(126)	(96)	(87)	(83)
Autres	220,8	344,4	204,5	260,3	218,7	176,8	191,1
TOTAL	916,4	1327,5	924,3	1093,8	1049,2	768,2	673,9
Indice	(100)	(144)	(99)	(117)	(104)	(80)	(82)

1. Arcand, R.; Kapetanakis, C.; St-Pierre, M.H.: op. cit., p.176

TABLEAU 10

Taux annuels d'hospitalisation (0/000) et indices d'hospitalisation selon le diagnostic, sexe féminin. DSC et secteurs, 78-79[1]

Territoire / Diagnostic	D.S.C.	Pointe-St-Charles	V.Emard C.-St-Paul	Verdun Est	Verdun Ouest	LaSalle Sud	LaSalle Nord
Grossesse accouchement et suites	319,5	364,8	275,6	326,2	264,1	264,1	388,9
Indice	(100)	(133)	(91)	(107)	(90)	(86)	(103)
Organes génito-urinaires	152,1	178,2	153,7	195,8	145,3	120,2	132,6
Indice	(100)	(128)	(102)	(132)	(93)	(77)	(86)
Appareil digestif	120,5	152,7	136,7	144,3	136,5	93,5	87,2
Indice	(100)	(131)	(111)	(116)	(102)	(73)	(82)
Appareil circulatoire	115,3	159,2	123,3	147,0	150,0	102,9	61,8
Indice	(100)	(139)	(101)	(117)	(102)	(80)	(77)
Tumeurs	112,5	120,7	108,7	111,1	143,4	122,2	91,6
Indice	(100)	(112)	(94)	(95)	(111)	(100)	(97)
Appareil respiratoire	88,1	143,6	88,6	111,4	85,8	60,3	70,2
Indice	(100)	(155)	(103)	(127)	(103)	(72)	(77)
Examens et états spéciaux	79,3	84,8	70,0	103,5	79,9	60,3	76,1
Indice	(100)	(127)	(92)	(143)	(103)	(78)	(84)
Autres	345,2	526,6	343,4	389,3	380,5	268,6	279,6
TOTAL	1332,4	1730,6	1300,0	1528,5	1385,4	1092,0	1188,0
Indice	(100)	(138)	(98)	(115)	(100)	(80)	(90)

1. Arcand, R.; Kapetanakis, C.; St-Pierre, M.H.: op. cit., p.181

TABLEAU 11

Indice comparatif (mortalité-type) des principales causes de mortalité par sexe. DSC Verdun et secteurs, 76-77-78[1]

Cause \ Sexe / Terr.	MASCULIN					FEMININ				
	DSC	PSC	CSP	VERDUN	LASALLE	DSC	PSC	CSP	VERDUN	LASALLE
App. circ.	100	135	102	105	83	100	107	97	104	86
Tumeurs	100	120	99	100	97	100	127	92	99	99
Accidents	100	122	111	115	80	100	105	117	94	91
App. resp.	100	122	89	119	76	100	166	90	111	68
App. dig.	100	182	110	107	65	100	219	110	105	54
Total	100	130	99	107	84	100	119	94	105	87

*P.S.C.: Pointe St-Charles
C.S.P.: Côte St-Paul

1. Arcand, R.; Kapetanakis, C.; St-Pierre, M.H.: op.cit., p.255

C) UNE RELATION PEU ANALYSEE

Comme nous l'avons dit précédemment, le cheminement de la pauvreté à la mauvaise santé est peu connu. Seuls quelques auteurs ont tenté de relever et d'identifier certains facteurs intermédiaires. Certains facteurs sont d'ailleurs plus présentés comme des hypothèses que des certitudes.

La pauvreté, selon certains, agirait sur l'état de santé par l'intermédiaire du logement. Les logements mal isolés, mal chauffés, sans commodités (bains, eau chaude, ...), sombres, délabrés et souvent surpeuplés seraient à l'origine de nombreuses infections respiratoires, favoriseraient l'éclosion de maladies contagieuses, de problèmes cutanés et des problèmes visuels. Ils seraient également la source de nombreux accidents et intoxications.[1,2,3,4]

D'autres auteurs soulignent que les facteurs tels les problèmes financiers, le chômage et le manque de loisir sont à l'origine de stress qui lui-même provoquerait des problèmes de haute pression, de maladies cardio-vasculaires et de maladies nerveuses et mentales.[1,4] L'effet du stress sur les maladies cardio-vasculaires est accentué par le fait que le stress serait un facteur important dans l'utilisation du tabac[1]. Celui-ci est de plus source de nombreux cancers, de bronchites et de l'emphysème[1].

---

1. Siematycki, J.: op.cit., p.18-29
2. Mc Keown + Lowe: op.cit., p.171-172
3. Lerner: op.cit., p.85-90
4. Labonté + Penfold: op.cit., p.15-19

Le stress serait également une des origines de l'alcoolisme provoquant entre autres des maladies du foie et des reins.[1] Selon Cliche[2], les problèmes financiers et le chômage seraient à l'origine de difficultés familiales causant la violence et la négligence envers les enfants.

Le travail serait un autre facteur associé au mauvais état de santé des personnes défavorisées. Celles-ci occuperaient en effet les emplois les plus dangereux et insalubres. Une part de la sur-mortalité et sur-morbidité s'expliquerait par les accidents et les maladies professionnelles.[1,3]

Les quartiers pauvres, selon Siemiatycki[1], sont souvent pollués. Cette situation serait à l'origine de problèmes respiratoires, allergiques et cardiaques. Toujours selon le même auteur, l'inadaptation de l'école aux valeurs et à la culture des personnes pauvres serait à l'origine d'un manque de connaissances relatives à la santé.

Plusieurs auteurs soulignent également que, contrairement à la croyance populaire, les personnes pauvres sont de faibles utilisateurs de services de santé légers. Elles recourrent peu aux services préventifs et attendent, lorsqu'un problème se présente, tellement tard pour consulter, qu'elles sont orientées vers des services plus lourds tel l'hospitalisation.[3, 4,5]

Enfin d'autres auteurs soulignent l'importance de la malnutrition dans la relation pauvreté-santé. Cette relation fait l'objet d'un prochain chapitre.

---

1. Siemiatycki; op.cit. pp. 18-29
2. Cliche; op.cit., pp. 119-124
3. Labonté et Penfold; op.cit., pp. 15-19
4. Lerner; op.cit., pp. 85-90
5. Lemay, M.: Comment le niveau socio-économique peut-il entrer en relation avec l'état de santé?, D.S.C. du C.H. de l'Enfant-Jésus, Québec, 15 p.

2. PAUVRETE ET NUTRITION

2.1 PAUVRETE ET MALNUTRITION VONT DE PAIR

Il est universellement reconnu que la sous-alimentation constitue l'un des plus graves problèmes causés par la pauvreté. "Les déficiences alimentaires et la sous-alimentation, alliées aux autres privations qui accompagnent la pauvreté entraînent l'altération de l'état nutritionnel et de l'état de santé des individus".[1]

Selon Inbach[2], le revenu est sans doute le facteur externe qui conditionne le plus l'état nutritionnel. Le revenu a un effet direct sur le budget alimentaire, le choix des aliments, la qualité du régime alimentaire. L'apport en fer est adéquat seulement si le revenu est adéquat; les apports en vitamines A et C baissent aussi avec le revenu. C'est ce qui est ressorti d'une étude comparative faite dans le milieu montréalais.

Un rapport du Ministère de la santé nationale[3] montre qu'il existe effectivement un rapport défavorable entre un faible revenu et l'état nutritionnel. Une mauvaise situation économique a une influence négative sur divers éléments nutritifs: le résultat le plus frappant est le rapport marqué entre la situation économique et le niveau de vitamine C dans le sérum sanguin, chez la plupart des groupes physiologiques, et plus particulièrement chez les femmes. Dans ces mêmes groupes, la prédominance de l'anémie est aussi reliée au revenu.

---

1. Conseil national du bien-être social: Les enfants pauvres. Ottawa, mars 1975, p.16.
2. Imbach, A.: Les avenues de la recherche en nutrition gériatrique. Nutrition-Actualité, 6, 12-15, 1982.
3. Ministère de la santé nationale et du bien-être social: Rapport sur la relation entre le revenu et la nutrition. Ottawa, mars 1973, p.7-9.

Les résultats d'une enquête, menée dans la ville de Québec[1], indiquent que, parmi les populations des milieux défavorisés, on retrouve une plus forte incidence d'alimentation pauvre que dans les milieux favorisés. Les éléments nutritifs pour lesquels il semble le plus difficile d'atteindre les taux recommandés sont les vitamines A et C, le calcium et, chez les femmes, le fer.

Dans une enquête menée auprès de jeunes assistés sociaux de 18-30 ans de Pointe St-Charles[2], on a constaté des déficiences importantes en calories et en protéines dans l'alimentation de ces jeunes dont les prestations d'aide sociale les situent loin sous le seuil de pauvreté.

Au Québec, on retrouve encore une mortalité périnatale plus élevée dans les milieux économiquement défavorisés et des retards de croissance secondaires à une alimentation inadéquate ou à une malnutrition chez la femme enceinte.[3] Chez les jeunes adultes recevant l'aide sociale, la malnutrition met en danger, non seulement leur propre santé mais celle aussi de leurs enfants à naître. Plus de 70% des naissances au Québec sont issues de femmes âgées de 18-30 ans dont plusieurs d'entre elles ont été affligées par les faibles montants d'aide sociale[4]. Nous verrons, dans le prochain chapitre, les répercussions de la malnutrition chez la femme enceinte.

---

1. Beaudry-Darismé, M.: La nutrition en milieux défavorisés au Québec. Annales de l'A.C.F.A.S., vol.40(supplément) 1973, p.41
2. C.P.D.Q.: Conséquences de la loi sur la nutrition et la santé des jeunes assistés sociaux (Document de travail) Mai 1984.
3. Séguin, L.: Nouveaux problèmes de santé des enfants - rôle des C.L.S.C. et des D.S.C.. L'Union Médicale au Canada, Tome 112, p.169, février 1983.
4. C.P.D.Q.: Ibid

Enfin, la prévalence des carences nutritionnelles était, dans la région du Montréal métropolitain entre 1975-1977, deux fois plus élevée dans les secteurs défavorisés que dans les plus favorisés. La carence nutritionnelle touche particulièrement la population du D.S.C. de Verdun.[1]

---

1. I.N.R.S.-Urbanisation: Dossier démographique et socio-sanitaire des D.S.C. du Montréal métropolitain (région 06-A). Nov. 1980

2.2 REPERCUSSIONS DE LA MALNUTRITION

On doit reconnaître que dans un pays économiquement développé, comme le nôtre, la malnutrition (sous-nutrition) constitue une réalité.

La gravité des répercussions de la malnutrition sur la santé est évidente. Debry[1] en cite trois d'entre elles: 1° la malnutrition accroît la réceptivité aux infections et diminue la résistance de l'organisme infecté. Ces effets néfastes sont dûs aux perturbations métaboliques et immunologiques causés par les carences multiples ainsi qu'au dysfontionnement endocrinien secondaire; 2° La malnutrition est un facteur limitant du développement intellectuel; 3° La malnutrition est un facteur limitant de l'activité physique. Ainsi s'impose cette réalité: la malnutrition par son action propre et par les interactions qui se produisent avec ses propres conséquences provoque une détérioration progressive de l'homme et de son milieu écologique.

Les déficiences nutritionnelles se développent progressivement, commençant par la diminution des nutriments des réserves corporelles. Lorsque la déplétion (diminution) tissulaire atteint un point critique, on observe l'altération des réactions biochimiques normales de tissus spécifiques ou de l'ensemble de l'organisme. Cette condition entraîne des modifications fontionnelles telles que la réduction de la résistance à l'effort et des perturbations gastrointestinales et neurologiques. Si les déficiences nutritionnelles se poursuivent, des lésions anatomiques mineures d'abord, puis majeures ensuite se développent et les signes cliniques de déficience deviennent manifestes.[2]

---

1. Debry, Gérard: Nutrition et santé publique dans les pays économiquement développés. The J. Can. Dietet, Ass., vol. 36, no.3: 156-173, 1975.
2. Burton, B.T.: Human Nutrition. Mc Graw-Hill Book Co., 3 th ed. 1976.

Parmi les signes non-spécifiques de carence nutritionelle, les perturbations du comportement sont les premiers à survenir, avant même que tout autre symptôme ne soit décelable. La fatigue et la léthargie s'installe chez les sujets recevant une quantité insuffisante de riboflavine, de thiamine et de vitamine C. Ceci pourrait être relié au rôle de ces vitamines dans l'utilisation de l'énergie, tant au cerveau que dans l'ensemble de l'organisme. La force musculaire est également réduite, dans ces carences[1-2].

L'anémie, consécutive à la carence en fer, en acide folique ou en vitamine B_{12} conduit également à la fatigue, à la faiblesse et à la léthargie. D'autres troubles de la personnalité accompagnent les carences nutritionnelles. L'anxiété l'hypersensibilité à la douleur, l'irritabilité sont des caractéristiques des déficiences sous-cliniques en vitamines impliquées dans la synthèse des neuromédiateurs du système nerveux central, tels que la sérotonine ou l'acide alpha-amino-butyrique. C'est le cas de la vitamine C[3] et de la vitamine B_6[4].

Il semble donc évident qu'on ne s'attende pas de la part de sujets souffrant de multiples carences nutritionnelles sous-cliniques, à une attitude super-énergique, à une vigilance, à un optimisme égal à celui du sujet bien alimenté. Ses ressources physiques sont extrêmement réduites et ses chances d'échapper à sa condition sont fortement handicapées. Sans

---

1. Sterner, R.T. et W.R. Price: Restricted riboflavin: within subject behavioral effects in humans. Am. J. Clin. Nutr., 26: 150, 1973.
2. Hughes, R.E. et coll.: Dietary ascorbic acid and muscle carnitive in guinea pig. Brit. J. Nut., 43: 385-387, 1980.
3. Sourbes, T.L.: "Disorders of eating and nutrients in the treatment of brain disease."In: Nutrition and the brain. Wurtman, R.J. et Wurtman, J.J., vol.3, p.265-299, 1979 (Raven Press, N.Y.)
4. Roberts, E.: "Some thoughts about alpha-aminobutyric acid system in nervous tissue."Nutr. Rev., 21: 161-165, 1963.

aide, ces carences nutritionnelles sous-cliniques évolueront vers des maladies nutritionnelles qui nécessiteront des soins hospitaliers et coûteront alors des sommes importantes à la société.

La recherche médicale a établi un rapport entre la sous-alimentation et l'anémie, la faible résistance aux maladies infectieuses, l'arriération mentale et les maladies mentales... La sous-alimentation peut réduire la capacité d'acquérir l'instruction nécessaire pour pouvoir échapper à la pauvreté. Indépendamment du retard du développement mental attribuable aux carences nutritives au cours de la vie foetale et de la première enfance, la condition de lassitude mentale et physique qui caractérise l'état de sous-alimentation, la diversion de l'attention causée par l'épuisement qu'entraîne une faim harassante et le mauvais état physique causé par des maladies répétées, voilà autant de facteurs qui peuvent entraver l'éducation d'un enfant, même normalement doué[1].

On peut maintenant prouver qu'à partir du moment où un enfant est conçu, la nutrition joue un rôle très important en ce sens qu'elle influence l'avenir même de cet enfant[2].

La malnutrition en période de grossesse est l'une des causes les plus évidentes de l'apparition de troubles de développement chez les jeunes enfants[3]. La malnutrition maternelle avant et pendant la grossesse est un problème majeur. Les données épidémiologiques chez l'humain confirment que la malnutrition maternelle a pour conséquence la mise au monde plus fréquente d'enfants hypotrophiques, fragiles, au développement psychomoteur sub-normal[4].

---

1. Conseil national du bien-être social: Les enfants pauvres. Ottawa, mars 1975, p.16.
2. Conseil national du bien-être social: Un enfant, une chance: un rapport sur la nutrition. Ottawa, mars 1973, p.3.
3. Comité sénatorial permanent de la santé, du bien-être et des sciences: L'enfant en péril. Centre d'édition du gouvernement du Canada, 1980, p.13-15.
4. Bigorie, B. et coll.: "La diététique et la nutrition en 1979." Diététique et nutrition, 29: 2321-2416, 1979.

Dans un rapport sur la nutrition[1], on souligne que les mères mal nourries sont beaucoup plus susceptibles de donner naissance à des bébés de faible poids (moins de 2500 grammes). Ces enfants viennent au monde menacés dans leur développement à bien des égards. Ils sont plus exposés aux infections et aux maladies, plus susceptibles de souffrir de malformations, de handicaps, d'arriération mentale ou de souffrir plus tard de problèmes de comportement.

Au-delà des premières années critiques du développement de l'enfant, l'alimentation continue de jouer un grand rôle, mais il y a un changement net dans la nature du dommage qui peut être causé par une mauvaise alimentation. L'enfant mal nourri ne grandira pas aussi rapidement ou aussi bien que celui qui est bien nourri. L'enfant mal nourri est plus susceptible de voir des maladies bénignes devenir graves, d'attraper chaque infection ou maladie de l'enfance qui sévit dans le quartier et d'en être plus gravement affecté.

L'effet d'une mauvaise alimentation sur le développement intellectuel est moins direct que lorsque le nombre et la dimension des cellules du cerveau sont en danger, mais il n'en est pas pour autant moins réel.

Nous venons de voir les répercussions de la malnutrition sur la santé des individus, voyons maintenant brièvement, ses répercussions économiques.

Dans de nombreux pays du tiers monde, la faim et la malnutrition engendrent des maux d'une telle ampleur qu'elles menacent les économies nationales. Dans un pays comme le nôtre, le coût de la malnutrition est plus difficile à évaluer.

---

1. Conseil national du bien-être social: Un enfant, une chance. Un rapport sur la nutrition. Ottawa, mars 1973, p.29-30.

En dépit de cette difficulté, une estimation de la part qui revient à la malnutrition dans les maladies actuelles a été faite aux Etats-Unis. A partir de ces statistiques on a estimé à $7 milliards les coûts de la malnutrition au Canada et à $2 milliards l'épargne qui résulterait de l'amélioration de l'état nutritionnel. Adaptées à la population du Québec, ces sommes correspondent respectivement à $2,5 milliards en coûts et à $700 millions en épargnes possibles[1].

A titre d'estimation du coût minimal, le ministère des Affaires sociales a calculé les coûts directs, pour le système de santé québécois, du traitement de plusieurs maladies reliées au mode d'alimentation. Il est certain que les coûts actuels atteignent au bas mot, $200 millions. De ce montant, quelle est la part consacrée à la malnutrition et maladies de carence? Pour l'année 1973, au Québec, les coûts par diagnostic d'hospitalisation et soins médicaux pour l'anémie ferriprive seulement s'élevaient à un peu plus de $2 millions! [1] Enfin, quelque soit le coût, on peut dire qu'il est énorme et qu'alors des mesures préventives doivent être prises pour sauvegarder la santé physique et mentale de la population québécoise.

---

1. Ministère des Affaires sociales: Une politique québécoise en matière de Nutrition. Dir. générale de la planification. Québec, Mai 1977, p.86

3. SITUATION DES PERSONNES A FAIBLE REVENU FACE A L'ALIMENTATION

3.1 CONSOMMATION ET PAUVRETE

Avant de présenter les problèmes que rencontre les personnes à faible revenu en rapport avec l'alimentation, il est nécessaire de voir les problèmes des pauvres vis-à-vis la consommation en général.

En ce qui concerne les consommateurs pauvres, l'une des suggestions les plus courantes, les plus paternalistes et les moins pertinentes que l'on avance pour régler leurs problèmes est à l'effet qu'ils devraient planifier leur budget de façon plus efficace. En fait, cette suggestion signifie que si les pauvres additionnaient mieux, ils pourraient faire en sorte que deux et deux font cinq. Le fait est non seulement que deux et deux ne donneront jamais plus que quatre, mais aussi que les pauvres n'ont pas les mêmes occasions que les riches d'obtenir plus pour le même montant d'argent.[1]

Les gens à revenu moyen ou élevé peuvent épargner en achetant en grande quantité quand certaines marchandises se vendent en spécial. Les pauvres n'ont pas le surplus d'argent nécessaire pour profiter de telles occasions. Les consommateurs à revenu moyen ou élevé sont dans une position qui leur permet de se préparer des "amortisseurs" qui les protègent contre les hauts et les bas du marché ou qui peuvent servir s'il se produit un changement important dans leur condition entraînant des conséquences financières. Il se peut qu'ils aient des épargnes, des assurances qu'ils peuvent encaisser ou sur la garantie desquelles ils peuvent emprunter, etc. Les pauvres n'ont

---

1. Conseil national du bien-être social: Les pauvres et la consommation. Avril, 1974, p.59.

pas d'"amortisseurs" de ce genre qui leur permettent de traverser les moments difficiles imprévus comme le font les gens à revenu moyen ou élevé. Que ces derniers disent aux pauvres d'améliorer leur sort en planifiant mieux leur budget est non seulement ironique mais constitue une insulte qui alourdit encore plus le fardeau des pauvres.[1]

Dans le budget d'une famille pauvre, la nourriture est l'élément de dépense le plus important. Ainsi, toute augmentation du prix de la nourriture aura au-dessus de deux fois plus d'effet sur ceux qui sont au plus bas de l'échelle des revenus que ceux qui sont au plus haut[2]. Les pauvres ont relativement peu d'argent pour défrayer leurs coûts de nourriture et ces coûts représentent un élément disproportionné de leur revenu familial. En conséquence ils souffrent plus que les autres des augmentations des prix de la nourriture et ceci les amène à modifier leurs choix d'aliments de façon plus marquée que les autres citoyens.

Des études, entreprises à Vancouver et à Montréal en 1972, ont démontré des différences de prix aussi élevées que 8% pour les marchandises générales et 15% pour la viande entre les quartiers riches et les quartiers pauvres. Il s'est aussi avéré que les prix des plus importants magasins à succursales étaient de beaucoup moins à un peu moins élevés que ceux des magasins locaux ou de quartier. On retrouve beaucoup plus de magasins de quartier que de magasins à succursales dans les quartiers pauvres. Comme ils sont plus petits, les magasins de quartier offrent un choix plus limité, et comme leur volume de vente et leur roulement sont moins considérables, ils ne peuvent pas acheter en grande quantité à prix réduit, ce qui veut dire que leurs produits

---

1. Conseil national du bien-être social: Les pauvres et la consommation. Avril 1974, p.61.
2. Ibid, p.14.

se vendent plus cher. Cependant, les magasins des quartiers pauvres acceptent de vendre à crédit. Il en résulte qu'une fois que les consommateurs à faible revenu se sont endettés pour la nourriture de tel mois, ils sont obligés de retourner au même magasin le mois suivant. Ils se retrouvent dans la situation de toujours acheter au même magasin de quartier, se servant de l'argent qu'ils reçoivent ce mois-ci pour payer le compte du mois précédent et pour maintenir leur crédit du mois courant.

Les grands supermarchés ont tendance à s'installer dans les régions de banlieue où les terrains coûtent moins cher que ceux des centres villes et où l'accès est plus facile pour les gens de classe moyenne. Il est presque toujours difficile, sinon impossible de s'y rendre autrement qu'en voiture; et la plupart des consommateurs à faible revenu ne possèdent pas un tel moyen de transport privé. Par conséquent, ils sont presqu'entièrement condamnés à acheter dans les magasins à faible volume, à prix élevés et à choix restreints qui se trouvent dans leur quartier. Même si ces consommateurs pouvaient se servir des transports en commun pour se rendre aux centres d'achat de banlieue, on peut difficilement concevoir qu'ils reviennent de la même façon chargés de boîtes d'épiceries. Les pauvres paient donc plus cher parce qu'ils sont pauvres: et parce qu'ils sont obligés de payer plus cher, ils sont d'autant plus appauvris[1].

Enfin, en ce qui concerne la consommation et la pauvreté, Cliche[2] mentionne l'importance de la consommation comme signe (prenons l'exemple de l'alimentation). Pourquoi chacun de nous exige-t-il pour son alimentation quotidienne des nourritures

---

1. Ibid, p. 14-16.
2. Cliche, Pierre: Op. cit., p.140.

d'un coût très supérieur à ce que requiert le bon fonctionnement de son organisme et le plaisir des sens ?

> " Ne pas se nourrir de manière "normale", c'est-à-dire suivant les canons de sa société et de son groupe social, aurait des effets de signe désastreux. La mère de famille qui en prendrait la responsabilité se sentirait mauvaise épouse et mauvaise mère. Contrevenir systématiquement à la norme de consommation de son groupe social finit par donner l'impression pénible d'être étranger dans sa propre société.
>
> Dans le même ordre d'idée, quand le niveau de vie s'élève, les caractéristiques des consommations alimentaires efficaces en matière de signes évoluent. Une caractéristique trop facile à obtenir perd de son efficacité comme signe. Dans les sociétés les plus riches, la ration ne signifie plus rien, et c'est la sophistication des aliments qui importe avant tout. Si tous les pauvres sont fortement influencés par les modèles culturels des groupes privilégiés, ils sacrifient les caractéristiques de l'alimentation utiles sur le plan nutritionnel, mais dévoluées comme signe, aux caractéristiques efficaces comme signe , mais sans intérêt sur le plan nutritionnel. Ils peuvent alors avoir simultanément des dépenses très supérieures aux "minimum" techniquement nécessaire et une alimentation insuffisante".[1]

Les gens défavorisés peuvent continuellement être coincés entre les besoins physiologiques et les besoins sociaux quand arrive le temps de se nourrir. Ce "choix" pourrait expliquer des schèmes de consommation pas toujours considérés comme rationnels.

---

1. Ibid, p.140

3.2 ACCESSIBILITE FINANCIERE A UNE ALIMENTATION SAINE ET SATISFAISANTE

Les coûts très élevés reliés à l'alimentation et l'augmentation effrénée que l'on observe dans ce domaine au cours des dernières années affectent lourdement les ménages à faible revenu et limitent d'autant leur accès à une alimentation saine et satisfaisante; d'autant plus que l'alimentation compte parmi les postes budgétaires les plus importants du budget des ménages et constitue un élément beaucoup plus important du budget des ménages à faible revenu que de celui des autres ménages.[1]

Le Dispensaire Diététique de Montréal[2] établit d'une part, des normes liées à la consommation alimentaire quotidienne et, d'autre part, les coûts minimum d'une alimentation adéquate selon l'âge et le sexe, répondant aux standards canadiens en nutrition. Les coûts sont calculés à partir d'une liste d'achat hebdomadaire préparée par le Dispensaire, en utilisant le coût moyen pondéré pour chaque catégorie d'aliments.

Le coût minimum d'un régime nutritif était, en mai 1983, de $2.89 par personne par jour pour une famille de quatre, incluant 1 homme (35-50 ans), 1 femme (19-35 ans), 1 fille (7-9 ans) et 1 garçon (13-15 ans).

---

1. Conseil des Affaires sociales et de la famille (Comité spécial sur la nutrition): Avis et recommandations du CASF sur l'augmentation des barèmes de l'aide sociale en regard de l'alimentation et de la Politique québécoise de la nutrition. Rapport annuel 1979-80, Québec, 1980.

2. Montreal Diet Dispensary: Budgeting for Basic Nedds. Coût minimum de régimes nutritifs, mai 1983.

Tableau 12

Coût minimum de régimes nutritifs

Age/Sexe	Coût Quotidien	Coût Hebdomadaire	Coût Mensuel
Enfant	$	$	$
7 - 11 mois	1.78	12.44	53.91
1 - 3 ans	1.87	13.12	56.86
4 - 7 ans	2.11	14.80	64.14
Garçon			
7 - 9 ans	2.57	17.96	77.82
10 - 12 ans	2.91	20.41	88.46
13 - 15 ans	3.25	22.77	98.66
16 - 18 ans	3.67	25.70	111.38
Fille			
7 - 9 ans	2.42	16.97	73.54
10 - 12 ans	2.60	19.58	84.85
13 - 15 ans	2.82	19.72	85.44
16 - 18 ans	2.64	18.48	80.08
Homme			
19 - 35 ans	3.45	24.12	104.53
36 - 50 ans	3.21	22.47	97.37
51+ ans	3.00	20.97	90.89
Femme			
19 - 35 ans	2.69	18.85	81.69
36 - 50 ans	2.55	17.88	77.49
51+ ans	2.53	17.68	76.64
Enceinte	3.29	23.02	99.75
Allaitant	3.46	24.20	104.88

N.B.: pour les familles de trois personnes ou moins, on ajoute aux allocations pour la nourriture:

20% pour une personne seule
10% pour une famille de deux
5% pour une famille de trois

Mai 1983

On peut évaluer l'accessibilité financière des ménages à faible revenu à une alimentation saine et satisfaisante en effectuant le relevé de la part du budget ou du revenu consacrée au poste nourriture.

En 1983, une famille, composée de deux adultes et deux enfants, vivant de prestations de l'aide sociale, soit avec un revenu de $787 mensuellement ($718 de l'aide sociale + $69 d'allocations familiales), doit dépenser $347 par mois pour se nourrir sainement, selon le Montreal Diet Dispensary. Ceci signifie que cette famille doit consacrer 44% de son revenu à l'alimentation.

Compte tenu de ce que les montants établis par le Dispensaire Diététique de Montréal représentent les coûts minimaux à consentir à l'alimentation et qu'une famille peut difficilement s'en tenir à ces montants pour combler ses besoins alimentaires, il n'est pas exagéré de supposer que la part du revenu consacrée à l'alimentation peut dépasser 50% des revenus dont disposent les familles à faible revenu. Dans le calcul du budget alimentaire, on recommande généralement d'allouer le quart (25%) du revenu pour la nourriture. Cette recommandation est utopique pour ceux qui vivent avec des faibles revenus.

Concernant l'aide de l'Etat aux citoyens à faible revenu, il apparaît évident que les barèmes actuels de l'aide sociale ne permettent pas à ces citoyens de satisfaire la totalité de leurs besoins essentiels et particulièrement ceux liés à l'alimentation: d'autant plus que, parmi les besoins essentiels à satisfaire, certains ont des exigences inévitables qui réduisent la part du revenu à consacrer à l'alimentation.[1]

---

1. Conseil des Affaires sociales et de la Famille (Comité spécial sur la nutrition): Op.cit., 1980.

L'achat de nourriture est la principale difficulté à laquelle doivent faire face les pauvres. Selon le Conseil national du bien-être social[1], dans le monde bien réel des pauvres, l'argent dont on dispose sert d'abord aux urgences. La plupart des situations d'urgence ne peuvent être prévues à l'avance: le coût plus élevé du chauffage pendant une période plus froide qu'à l'ordinaire; le réfrigérateur qui a besoin de réparations; l'augmentation des coûts de logement... Les familles pauvres doivent d'abord s'occuper des urgences; il n'y a que le montant qui reste qui peut être dépensé pour la nourriture. La nourriture devient donc l'article compressible dans le budget de la famille pauvre. Il ne faudrait pas croire, souligne le Conseil national, que les familles pauvres "décident" en quelque sorte de ne pas manger pendant la dernière semaine de tous les mois: la nature de leurs choix les laisse sans autre possibilité. Ne pas payer son loyer signifie être sans abri; interrompre le paiement des services publics veut dire manquer de chauffage et d'éclairage. La faim ne donne lieu à aucun risque d'avertissement comme les autres maladies et ne se manifeste pas visiblement comme les conséquences d'être sans logis.

Dans les années de crise économique que nous vivons, il est devenu difficile et même impossible à plusieurs de se nourrir adéquatement à cause notamment de la hausse des prix à la consommation et des faibles revenus.

Ces dernières années, le Carrefour d'Education populaire de Pointe St-Charles et le C.L.S.C. Saguenay-Nord ont fait état de la situation des familles et personnes à faible revenu vis-à-vis de l'alimentation. Un dossier publié par le Groupe Action-Alimentation[2] en 1979, a fait ressortir qu'un menu économique

---

1. Conseil national du bien-être social: Les pauvres et la consommation, Ottawa, avril 1974.

2. Action-Alimentation: Ma commande me fait mourir: Carrefour d'Education Populaire, Pointe St-Charles, Mai 1979.

d'une semaine respectant les recommandations du Guide Alimentaire Canadien dépasse les moyens financiers des familles de chômeurs, d'assistés sociaux et de travailleurs au salaire minimum. Ces derniers doivent consacrer de 43 à 72% de leur revenu pour se procurer les aliments de base pour nourrir sainement une famille de quatre personnes.

Une enquête menée en 1982 par le C.L.S.C. Saguenay-Nord[1], a montré que le pourcentage du budget consacré à l'alimentation représente une part importante du revenu total pour certaines catégories de population (assistés sociaux, chômeurs). Les tableaux suivants illustrent bien la situation.

Assistés sociaux

	2 adultes-2 enfants	1 adulte (moins de 30 ans
Prestations d'aide sociale	666.00/mois	134.00/mois
Allocations familiales	58.37/mois	--------
Revenu	724.37/mois	134.00/mois
Dépenses d'épicerie	415.16/mois	167.01/mois
% du budget pour l'épicerie	57.3	124.6

Chômeurs

	2 adultes - 2 enfants
Assurance-chômage	903.00/mois
Allocations familiales	58.37/mois
Revenu	961.37/mois
Dépenses d'épicerie	415.16/mois
% du budget pour l'épicerie	43.2

1. C.L.S.C. Saguenay-Nord: Bien manger avec peu d'argent est-possible? Automne 1982.

Un dossier plus récent, publié en 1984 par le Carrefour d'Education Populaire de Pointe St-Charles[1] fait ressortir que les familles vivant d'une source de revenu équivalente au seuil de pauvreté ne peuvent se permettre de suivre le Guide Alimentaire Canadien. Ce dossier rapporte aussi que les jeunes assistés sociaux de 18-30 ans doivent consacrer 84% de leur revenu pour se nourrir adéquatement ou répondre à leurs besoins nutritionnels.Il devient donc inutile de dire que ces jeunes, au nombre d'environ 100,000 au printemps 1984,ne peuvent satisfaire leurs besoins alimentaires et deviennent ainsi un groupe à risque élevé de malnutrition.

Enfin, les familles pauvres,sont moins en mesure d'assurer la marge de sécurité, en matière d'alimentation, dont la plupart d'entre nous jouissons simplement par suralimentation. La réalité est que la pauvreté oblige des milliers de personnes à se nourrir d'après un régime alimentaire inadéquat.

Les études établissant une relation entre la nutrition et le développement physique et intellectuel donnent un caractère particulièrement urgent à ce problème.

---

1. Action-Alimentation: Manger mieux, à quel prix?
Carrefour d'Education Populaire, Pointe St-Charles, Mars 1984.

3.3 L'ANALPHABETISME ET LE PROBLEME D'ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE COMME FACTEURS LIMITANT A UNE ALIMENTATION ADEQUATE

L'analphabétisme

Dans notre société scolarisée nous sommes parfois portés à croire que le problème de l'analphabétisme n'existe plus. Cependant en 1976, selon Statistique Canada, 7,5% de la population adulte du Québec avait moins de quatre années de scolarité. Selon plusieurs intervenants rencontrés à Verdun, Pointe-St-Charles et Montréal, l'analphabétisme existe chez nous.

Ainsi, ceux-ci affirment qu'il y a un grand nombre d'adultes et de jeunes complètement analphabètes et que beaucoup d'autres le sont partiellement, sachant à peine lire et écrire. Lorsque l'on considère que la presque totalité de l'information sur la nutrition est diffusée par écrit, il est évident que les analphabètes ne peuvent pas être rejoints. Ces individus sont souvent isolés et démunis socialement, politiquement et économiquement. Dans la vie de tous les jours cela se manifeste par le fait que ceux-ci peuvent difficilement comparer les prix, essayer de nouvelles recettes, lire les étiquettes, connaître leurs droits et que cela peut avoir une influence sur leur budget et sur la qualité de leur alimentation. Donc, toute intervention en nutrition devrait tenir compte de ces facteurs. Pour ce faire, nous verrons comment les intervenants perçoivent les répercussions de ce problème ainsi que les implications pour une intervention en nutrition.

Selon les intervenants rencontrés le fait d'être analphabète entretien la pauvreté. D'une part, ils ne sont pas en mesure de comparer les prix des produits alimentaires et ne peuvent budgéter. De plus, ils sont plus sujets "à se faire organiser" que les autres. Par exemple, ils se font influencer par un fournisseur de viande ou un vendeur de balayeuse et prennent des engagements budgétaires qu'ils ne peuvent pas se permettre.

Ils sont également plus influencés par la publicité tapageuse portant sur des rabais, qui ne sont pas vraiment des rabais. Ils se fient à l'image et ne peuvent avoir un esprit critique à ce sujet. Ils ne sont pas vraiment en mesure de faire un choix face aux produits qu'ils vont consommer, ce sera les produits qu'ils connaissent par le biais de la publicité: boissons gazeuses,"TV dinner",etc.Ils adoptent donc les produits prônés par le modèle culturel dominant. Le seul problème est que pour les pauvres, ces calories vides constituent une part importante de leur alimentation et non pas un surplus à un menu relativement équilibré, comme c'est le cas des gens de classe moyenne. Des compagnies de marketing font tout pour convaincre les pauvres d'adopter les valeurs matérialistes de la société et pour inspirer des sentiments d'échec et d'insuffisance à ceux qui ne peuvent pas les réaliser. Pour les groupes sociaux défavorisés, aller au Mc Donald lorsqu'ils reçoivent leur chèque de Bien-être social c'est se donner l'illusion, après quelques semaines de privation,qu'on peut adopter un certain standard de vie, auquel on n'aura jamais droit.

Les analphabètes qui ne participent pas à des expériences d'alphabétisation ne peuvent être rejoints qu'à travers d'autres groupes sociaux, et ils ne s'afficheront que rarement comme analphabètes. D'où la nécessité d'adapter l'information pour la rendre accessible aux groupes sociaux défavorisés dont les analphabètes, et que le matériel d'information qui leur est adressé soit simplifié le plus possible.

L'accessibilité géographique

Il peut sembler étrange à prime abord de parler de problèmes d'accessibilité pour se procurer des aliments en plein coeur d'un quartier urbain. Cependant ce problème existe dans les quartiers où les gens ont un faible revenu car très peu de chafnes d'alimentation vont ouvrir une succursale dans un tel endroit. Les intervenants de Pointe-St-Charles ont

souligné que le manque d'accessibilité aux aliments s'avère un obstacle à la bonne alimentation. En ce qui concerne Verdun Est, ce problème semble être de moindre importance, sauf en ce qui concerne les personnes âgées à mobilité réduite.

Le YMCA de Pointe-St-Charles a effectué récemment une enquête par questionnaire afin de savoir si les gens étaient satisfaits du nombre d'épiceries disponibles. Les résultats ont été que 57% se sont dit insatisfaits. Ce pourcentage devrait être en réalité un peu plus élevé étant donné que beaucoup de répondants se sont dits satisfaits mais vont faire leur épicerie à l'extérieur du quartier avec un voisin qui a une automobile.

A Pointe-St-Charles les gens ont fréquemment de vingt à trente minutes de marche pour se rendre à l'épicerie. C'est donc un problème pour un bon nombre de personnes âgées, d'handicapés physiques et même pour des adultes n'ayant aucun problème de mobilité mais ayant des sacs lourds à rapporter. Les gens choisissent donc l'alternative d'acheter à prix plus élevé dans les dépanneurs. Un autre aspect du problème d'accessibilité est que la plupart des pauvres éprouvent de la difficulté à faire des comparaisons entre les magasins parce qu'ils n'ont pas de moyen de transport pour se déplacer et rechercher les meilleurs prix.

Donc, il semble que ces facteurs font qu'il en coûte plus cher pour s'alimenter quand on est pauvre, qu'il est plus difficile de se procurer des aliments et que ceux-ci sont de moindre qualité ou moins frais. Face à ce problème, les gens ont à s'organiser pour que soit mis sur pied des systèmes de transport destinés à aller dans les supermarchés, aux marchés publics ou encore de s'organiser en groupe d'achats ou coopérative alimentaire.

4. INTERVENTIONS EN MATIERE DE NUTRITION ET D'ALIMENTATION AUPRES DES PERSONNES A FAIBLE REVENU, AU QUEBEC

4.1 LES INTERVENTIONS DU GOUVERNEMENT ET DE SON RESEAU

Le Ministère des Affaires sociales a proposé des priorités d'intervention dans le domaine de la nutrition à la fin des années '70 par la présentation d'"Une politique québécoise en matière de nutrition".[1] Ce document a servi de guide à de nombreuses interventions du Ministère et de son réseau. Dans ce document, les auteurs décrivent dans un premier temps l'état nutritionnel des Canadiens et des Québécois, ainsi que leurs comportements alimentaires. On présente également les conséquences de ces états et comportements sur l'état de santé des populations concernées. On y formule des objectifs en terme de comportements à adopter tels la diminution de la consommation d'aliments sucrés, l'augmentation de la consommation de fruits frais, légumineuses, ... Suite à la formulation d'objectifs, on propose des interventions essentiellement axées sur l'information, la sensibilisation et l'éducation. On recommande alors des recherches sur les moyens d'influencer les habitudes alimentaires, une campagne de promotion sur l'équilibre alimentaire, la sensibilisation des associations de consommateurs, des représentants de l'industrie agro-alimentaire, de la publicité et du commerce concernant l'importance d'une bonne alimentation et aux problèmes que soulèvent leur pratique. Enfin pour les D.S.C. et C.L.S.C. les auteurs proposent des objectifs et activités concernant certaines populations-cibles telles les femmes enceintes, les nourrissons, les enfants d'âge préscolaire,... A l'exception d'interventions auprès des cantines et cafétérias scolaires, l'ensemble des mesures formulées concerne l'information et la sensibilisation.

---

1. Ministère des Affaires sociales: Une politique québécoise en matière de nutrition. Direction générale de la planification, Service des études épidémiologiques, mai 1977.

Cette politique n'est pas sans présenter quelques faiblesses. Ainsi, la stratégie proposée est essentiellement axée sur la diffusion d'informations et la sensibilisation. Il est généralement reconnu en éducation sanitaire que l'information et la sensibilisation n'ont que peu d'impact sur les comportements. Une autre faiblesse vient du peu de prise en compte de populations particulières, spécialement les personnes socio-économiquement défavorisées.

On ne fait référence dans le document que fort peu à cette problématique. Lorsqu'on aborde celle-ci, c'est pour en arriver à la conclusion que les comportements alimentaires et les apports nutritionnels des populations défavorisées ne sont que légèrement moins bons que ceux de la population générale[1], que le manque de connaissances est beaucoup plus déterminant que les revenus[2] et que seules les personnes âgées peuvent être confrontées à un manque de revenus[3]. Plus loin cependant on reconnaît qu'un certain pourcentage de la population peut être confrontée à des contraintes économiques:

> "Dans notre pays, l'insuffisance du revenu comme telle n'est que rarement cause de malnutrition. La Commission Plumtree a estimé que 9% seulement des familles canadiennes ne peuvent se prévaloir du régime nutritif qu'elle recommande."[4]

On semble faire peu de cas d'une sous-population poutant non-négligeable. Ceci est d'autant plus grave qu'on fait peu de cas des effets iatrogéniques d'une politique axée sur l'information, dans une population qui ne peut se permettre les nouveaux comportements publicisés. Cette politique pourrait être cause de frustration et stress.

---

1. Ministère des Affaires sociales: op-cit., p.27
2. Ibid, p.42
3. Ibid, p.51
4. Ibid, p.63

Devant une telle politique, il est évident que l'intervention du Ministère, des D.S.C. et des C.L.S.C. se soit surtout orientée vers l'information et la sensibilisation. Le gros des efforts des établissements s'est porté vers l'intégration d'un volet information/sensibilisation sur la nutrition dans les cours pré et post-natals, l'implantation de programmes tels celui de la Fédération des producteurs de lait à l'école, de l'élaboration d'outils pédagogiques. A certains endroits on a travaillé avec les commissions scolaires en vue d'améliorer les menus et contenus des cafétérias et cantines. Certains C.L.S.C. ont effectué des interventions en diétothérapie auprès d'individus ou de groupes, souvent d'obèses.

La problématique des populations défavorisées socio-économiquement n'est donc pas ressortie comme prioritaire. Cependant les problèmes parfois criants ont amené certaines structures et organismes gouvernementaux et para-gouvernementaux à aborder cette problématique.

A cet égard, le Comité spécial du Conseil des Affaires sociales et de la Famille (CASF) sur la nutrition[1] recommande, au ministre des Affaires sociales, d'intervenir auprès des bénéficiaires de l'aide sociale. Les barèmes actuels de l'aide sociale ne permettant pas à ces citoyens d'accéder à une alimentation conforme aux objectifs prônés par la politique québécoise en matière de nutrition.

Le Ministère de l'Agriculture, Pêcheries et Alimentation mettait sur pied, en 1977, un programme de distribution gratuite et quotidienne de lait dans les écoles primaires désignées en milieux défavorisés. Ce programme visait entre autres à solutionner une partie du problème de malnutrition identifié chez les jeunes. Toutefois, depuis 1979-80, ce programme atteint la totalité de la population étudiante du niveau primaire, et ce, sur l'ensemble du territoire du Québec.

---

1. CASF: Rapport annuel 1979-80, p.20-26, 1980.

En 1970, la Commission des écoles catholiques de Montréal (CECM) initiait l'Opération Renouveau qui consiste en un programme comportant diverses mesures, dont la distribution quotidienne d'un supplément alimentaire, destinées aux élèves des écoles désignées en milieux défavorisés. Depuis 10 ans, le Conseil scolaire de l'Ile de Montréal (CSIM) consacre chaque année des millions de dollars pour aider les écoles des milieux défavorisés. Dans sa politique d'intervention, le CSIM entend conserver la priorité aux milieux défavorisés, au cours des prochaines années.[1]

Des C.L.S.C. se préoccupent de la nutrition et de l'alimentation des familles et des personnes dont la situation financière est précaire et ne leur permet pas de se nourrir de façon adéquate. Mentionnons les C.L.S.C. Centre-Sud, St-Henri, Saguenay-Nord, Hochelaga-Maisonneuve, Soc de Sherbrooke, le C.L.S.C. de Valleyfield, etc. Certains ont initié des repas communautaires, d'autres font de l'information et d'autres ont mis sur pied des interventions qui visent à rejoindre les femmes enceintes et les femmes avec jeunes enfants.

En novembre 1982, une équipe du Département de santé communautaire de Verdun initiait le projet "SOS Alimentaire", mesure d'assistance alimentaire pour les personnes et les familles qui ont des revenus insuffisants pour manger adéquatement. S.O.S. Alimentaire fait maintenant partie, depuis septembre 1983, des activités du Réseau d'action-dépannage de Verdun. Ce même organisme, en plus des activités de dépannage alimentaire, s'oriente vers l'éducation dans le domaine de l'alimentation et du budget.

---

1. Conseil des Affaires sociales et de la famille: Avis et recommandations sur l'alimentation et la nutrition en milieu scolaire au Québec. 1981.

Depuis 1976, le gouvernement du Québec verse aux assistées sociales un supplément en besoins spéciaux de 20$ par mois, pendant la période de grossesse et d'allaitement maternel. Le supplément en cas d'allaitement maternel peut se prolonger jusqu'à six mois. Ce montant vise à payer le coût du supplément diététique nécessaire à la femme allaitante. Mais qu'arrive-t-il aux femmes qui ne nourrissent pas au sein ou aux nouveaux-nés dont la mère ne les nourris pas au lait maternel? Et, pourtant, les nouveaux-nés doivent être nourris sainement. En équivalence nutritive, le lait maternisé équivaut au lait maternel, mais le lait maternisé coûte 41.46$ par mois en 1983. Les nouveaux-nés non nourris au sein reçoivent alors du lait de vache, non recommandé mais moins cher que le lait maternisé.

Enfin, l'amélioration de la santé des Québécois par l'acquisition et la pratique de saines habitudes alimentaires constitue présentement l'orientation majeure et l'objectif général de la Politique québécoise en matière de nutrition et de la plupart des programmes de nutrition des Départements de santé communautaire. Mais comme la problématique de la nutrition ne peut se restreindre à la seule question de la valeur nutritive des aliments et de l'état nutritionnel d'une population, l'objectif général suppose, entre autres, que soient atténuées certaines contraintes liées à l'accessibilité financière des faibles revenus à une alimentation saine et satisfaisante[1].

---

1. Conseil des Affaires sociales et de la Famille: Rapport annuel 1979-80, Québec, 1980, p.21.

4.2 LES INTERVENTIONS DES ORGANISMES INDEPENDANTS, DES GROUPES POPULAIRES ET COMMUNAUTAIRES

Au cours de l'été 1983, une trentaine (37) d'informateurs-clés* (intervenants professionnels et non-professionnels) ont été interviewés dans le but de connaître les réalités reliées à l'alimentation des personnes socio-économiquement défavorisées et les interventions qui sont faites auprès de ces personnes par leur organisme ou leur regroupement. De plus, ces intervenants nous ont fournis leur perception des besoins et des éléments de solution pour arriver à améliorer le sort des gens à faible revenu, face à l'alimentation.

Il faut noter que le tiers des intervenants interrogés provenaient de groupes qui oeuvrent sur le territoire du Département de santé communautaire de Verdun.

Pour la majorité de ces intervenants, la pauvreté est une réalité et elle entraîne des problèmes vis-à-vis l'alimentation. Certains groupes populaires ou communautaires se sont attardés à vouloir améliorer les conditions, des gens à faible revenu, reliées à l'alimentation ou à la consommation.

Au Comité social Centre-Sud, on a constitué un groupe d'achat, où les gens qui le veulent effectuent des commandes chez un grossiste deux fois par mois, lors de la réception des chèques de bien-être social et d'allocations familiales. Une personne-ressource aide les participants à planifier les menus et le budget pour tout le mois. Ceux-ci semblent grandement bénéficier de ce programme, mais cela demande toutefois un minimum de ressources personnelles et de réceptivité de la part des participants pour pouvoir l'appliquer. De plus, le mercredi matin, chaque famille peut recevoir un certain nombre de pains de la "Relève" (selon le nombre de personnes dans la famille), moyennant 50¢ pour les

---

* Voir en annexe la liste des organismes auprès desquels furent recrutés les informateurs-clés

frais de transport. Ces pains sont un don de la compagnie qui les fabrique. Un repas communautaire est également servi le midi, trois fois par semaine, à une cinquantaine de personnes, pour la somme de $1.75. Cela permet aux gens ne pouvant pas cuisiner de bénéficier d'un repas équilibré. Ces repas sont préparés par les bénévoles, avec l'aide d'une permanente. Ce programme fonctionne depuis quelques années et jouit d'une forte popularité auprès de la population du quartier. La permanente étant une non-professionelle,cela contribue également à mieux faire accepter les conseils sur l'alimentation et le budget par les gens de groupes sociaux défavorisés que si ces conseils étaient amenés par des professionnels.

Au Y.M.C.A. de Pointe-St-Charles, il y a dégustations et cours de nutrition offerts par les moniteurs. Cela semble constituer une bonne stratégie d'éducation selon les dires des intervenants. Il y a également les repas communautaires pour les gens du 3e âge. Selon les responsables cela constitue une des seules stratégies qui puisse permettre de leur faire manger des produits laitiers et des légumes. De plus, leur donner l'opportunité d'essayer de nouveaux aliments et citer des exemples concrets permettant de meilleurs résultats que des exposés théoriques.

Au Club Dawson et au service 15-20 de Verdun, des interventions ont été faites auprès des jeunes dans le but de les initier à de nouveaux aliments parmi eux les céréales et les légumineuses. Les jeunes n'adoptent pas nécessairement ce type d'alimentation, mais cela leur permet d'acquérir certaines connaissances par rapport à ce sujet. Au Club Dawson, on a également tenté une expérience de repas communautaire. La publicité de cet évènement a été transmise par le biais des journaux locaux. En plus, du souper, la soirée comportait certaines activités socio-culturelles. Malheureusement, la réponse à cette invitation s'est avérée très faible. Les intervenants du Club Dawson interprètent l'échec de cette activité à la trop grande demande d'implication que la soirée nécessitait de la part des gens.

Le Dispensaire Diététique de Montréal, organisme indépendant, intervient principalement au niveau des femmes enceintes de milieux défavorisés en offrant un suivi nutritionnel et des suppléments alimentaires, en plus de dispenser une éducation sur la nutrition et le budget alimentaire.

Les A.C.E.F. constituent également une ressource importante en ce qui concerne la consommation (consultation budgétaire et cours sur le budget). L'A.C.E.F. Rive-Sud aborde pour sa part les problèmes des groupes défavorisés face à l'alimentation sous un autre angle: la règlementation et le boycottage. Suite à une recherche effectuée par ces intervenants, la population semble prête à boycotter certains produits pour contrer une hausse des prix, mais cette tactique ne pourrait pas fonctionner en ce qui concerne les produits essentiels comme le lait, le pain et le beurre car les gens ne sont pas prêts à s'en priver. Il faut donc agir avec discernement. Dans le cas de ces trois types d'articles on préconise donc la règlementation des prix. En ce qui concerne le lait, la seule alimentation dont le prix de détail est règlementé, une pinte de lait 2% coûtait 14¢ moins cher au Québec par rapport à l'Ontario, où il n'y a aucune règlementation des prix (Octobre 1982).

Les centres d'éducation populaire travaillent, entre autres, à l'amélioration de la situation alimentaire des personnes à faible revenu (ex: CEDA à St-Henri). A Pointe-St-Charles, le Carrefour d'éducation populaire, via son groupe Action-Alimentation travaille, depuis une dizaine d'année, à faire de l'information et de l'éducation en matière de nutrition et d'alimentation par toutes sortes d'activités. De plus, ce groupe a publié deux dossiers sur la situation alimentaire des personnes et familles à faible revenu en y incluant des menus économiques.

Besoins des groupes sociaux défavorisés:

Malgré les actions menées par les groupes populaires, communautaires et organismes gouvernementaux, les intervenants nous ont décrits certains besoins qui ne sont pas encore comblés pour remédier aux inégalités alimentaires causées par la pauvreté, ainsi qu'au manque de revenus comme tel.

Les gens ont besoin d'un milieu plus accessible en ce qui concerne la santé. A Verdun par exemple, étant donné qu'il n'y a pas de C.L.S.C., les services de santé communautaires sont incomplets et étaient jusqu'à tout récemment dispersés entre plusieurs établissements.

Afin de favoriser une approche plus globale de la santé physique et mentale, la plupart des intervenants souhaitent une certaine centralisation des ressources. De cette façon il s'avèrerait plus facile de rejoindre les gens car ils seraient déjà regroupés. Par exemple, ils suggèrent un genre de centre populaire ou communautaire. Cela permettrait de fournir des locaux connexes aux différents groupes et favoriserait les échanges. Il est également important pour chacun d'eux, de s'associer à d'autres organismes pour mieux pénétrer le milieu social.

Au point de vue de la nutrition, les intervenants demandent que les interventions soient concrètes. De plus, les intervenants des groupes populaires et communautaires s'accordent à dire qu'il faut satisfaire les besoins primaires avant toute autre intervention. Quand les gens ont faim et froid ils ne sont pas réceptifs à des conseils budgétaires ou à de l'information sur la nutrition.

En ce qui concerne les personnes âgées, nous avons pu nous rendre compte que les obstacles à une bonne alimentation sont les problèmes d'argent et l'isolement. Ceux-ci lorsqu'ils demeurent seuls, cuisinent peu et mangent très peu. Ils profiteraient

donc énormément d'avoir accès à un repas communautaire autant pour les bénéfices nutritifs que pour l'aspect social.

Un autre point amené par les intervenants serait de rendre accesible un service de consultation budgétaire. Cependant ce service devrait être intégré à un groupe ou centre ayant une fonction plus large. En effet, les gens se rendent difficilement consulter à ce sujet car ils éprouvent une certaine gêne à ce que quelqu'un d'autre puisse prendre connaissance de leurs difficultés budgétaires. L'information pourrait leur être amenée peu à peu, d'une façon très concrète et pratique. Il faut considérer que tous n'ont pas les ressources nécessaires pour mettre ces conseils en application.

Face au problème d'accessibilité géographique, les intervenants ont peu de solution à nous proposer. A Verdun, un service de transport pour aller au marché Atwater ne rejoindrait pas une forte tranche de la population car les ressources en épiceries semblent s'avérer suffisantes. Toutefois, à Pointe-St-Charles un tel projet semble plus nécessaire étant donné l'impossibilité de s'approvisionner sur place en fruits et légumes. La mise sur pied d'un système de livraison à l'intérieur des grandes épiceries pourrait répondre aux besoins des gens âgés, particulièrement pendant la saison froide. Ce serait toutefois aux commerces eux-mêmes à offrir ce service.

Les regroupement de citoyens ne devraient cependant pas se limiter à la distribution de services répondant aux besoins primaires. De l'énergie devrait également être investie au niveau de la conscientisation et des revendications. Il est important de travailler avec les leaders du milieu, et certains groupes populaires qui sont près des préoccupations des gens. Ces groupes populaires sont souvent aptes à agir pour aider les gens à s'attaquer aux inégalités alimentaires car ceux-ci peuvent être revendicatifs face aux gouvernements.

La plupart des intervenants de groupes populaires se sont dit prêt à collaborer avec le DSC pour l'application de programmes s'adressant à des groupes sociaux défavorisés. Cependant, ils ne désirent pas, à travers ce travail commun, avoir à offrir une participation dépendante face au DSC qui affecterait leur autonomie actuelle.

Enfin, les intervenants des groupes populaires et communautaires s'accordent à dire qu'il faut satisfaire aux besoins primaires avant toute autre intervention auprès des personnes à faible revenu ou pauvres. Quand les gens ont faim, il ne sont pas réceptifs aux conseils budgétaires ou à l'information en nutrition. Ainsi les projets d'assistance alimentaire devraient être mis de l'avant d'abord pour ensuite y ajouter les interventions éducatives en nutrition et l'information sur le budget alimentaire.

Un autre moyen d'aider les ménages à faible revenu c'est par le comptoir alimentaire. On peut y obtenir des aliments au prix coûtant, tout en travaillant bénévolement avec d'autres. Par ce biais, on peut donner de l'information sur l'alimentation et fournir des trucs pour cuisiner économiquement. Selon les informateurs rencontrés, les gens ont besoin d'un milieu où ils puissent se regrouper, partager et mettre des expériences en commun. Enfin, pour rejoindre les personnes socio-économiquement défavorisées, il faudra de plus en plus de concertation entre ceux qui visent l'amélioration de la santé et l'alimentation de la population et ceux qui travaillent à l'amélioration des conditions de vie et qui font partie des divers groupes populaires et communautaires. Il s'avère également important de travailler avec les leaders du milieu qui peuvent souvent rejoindre plus facilement les groupes sociaux défavorisés que les professionnels.

Les participants ou les informateurs ont été unanimes à dire que les personnes socio-économiquement défavorisées vivent des

problèmes face à l'alimentation à cause du manque d'argent. Toute intervention en alimentation doit viser au moins à atténuer ces problèmes par des moyens adaptés ou correspondants à leurs besoins.

CONCLUSION

Ce dossier sur la problématique de la nutrition en milieux socio-économiquement défavorisés nous permet d'une part de tirer les conclusions qui s'imposent et d'autre part, d'orienter les priorités d'action en nutrition communautaire et fournir des pistes pour le développement de stratégies visant à atténuer les problèmes des personnes à faible revenu vis-à-vis l'alimentation.

Pour ce qui est des conclusions, il est indéniable que les conditions socio-économiques exercent une influence prépondérante sur la santé des individus. Des études soulignent des relations négatives importantes entre le statut socio-économique et toute une panoplie de maladies. Les districts défavorisés présentent les pires indicateurs de santé. Sur le territoire du D.S.C. de Verdun où près de 20% de la population vit sous le seuil de pauvreté, les districts les plus défavorisés, soit celui de Pointe St-Charles et de l'Est de Verdun où 42,9% et 29,6% des familles vivent sous le seuil de la pauvreté, connaissent les plus forts taux d'hospitalisation et les espérances de vie à la naissance les plus courtes.

Des auteurs soulignent aussi l'importance de la malnutrition dans la relation pauvreté-santé. Il est reconnu que la malnutrition constitue l'un des plus graves problèmes causés par la pauvreté: les déficiences alimentaires et la sous-alimentation associées aux autres privations qui accompagnent la pauvreté, entraînent l'altération de l'état nutritionnel et par conséquent, de la santé des individus. La gravité des répercussions de la malnutrition sur la santé est évidente.

Des études montrent qu'il existe un rapport défavorable entre un faible revenu et l'état nutritionnel. Dans la région de Montréal, la prévalence des carences nutritionnelles est deux fois plus élevée dans les secteurs défavorisés que dans les plus favorisés.

Le revenu a un effet direct sur le budget alimentaire, le choix des aliments, la qualité de l'alimentation. Aussi déplaisante que puisse être la réalité, la pauvreté ne permet pas ou permet difficilement à des centaines de milliers de personnes qui vivent sous le seuil de la pauvreté au Québec (plus de 37,000 personnes vivent dans cette condition sur le territoire du D.S.C. de Verdun) à se nourrir d'après un régime alimentaire adéquat ou conforme aux recommandations alimentaires canadiennes et aux objectifs prônés.Des enquêtes ont en effet démontré la difficulté sinon l'impossibilité qu'ont les familles d'assistés sociaux, de chômeurs et de travailleurs au salaire minimum à se nourrir sainement. Pour les jeunes assistés sociaux de 18 à 30 ans, la situation est dramatique puisque ces jeunes adultes doivent consacrer plus de 80% de leur revenu pour se nourrir adéquatement.

Les intervenants rencontrés dans le cadre du présent dossier ont unanimement souligné que le manque d'argent (ou de revenu) est un obstacle majeur à une bonne alimentation. Aux fins de ce dossier, le domaine de l'alimentation et les conséquences sociosanitaires font foi de la nécessité d'intervenir auprès de la population démunie financièrement.

Depuis quelques années, certains programmes et projets visant l'amélioration de l'alimentation des groupes défavorisés ont été mis de l'avant au Québec. Toutefois, il reste beaucoup à faire pour alléger les difficultés des personnes défavorisées. Remédier à la problématique de la nutrition en milieux défavorisés n'est pas une mince tâche et exige des efforts des différents paliers décisionnels: niveau local, communautaire, municipal, régional, provincial et national.

Les conséquences de la pauvreté sur l'état de santé et l'état nutritionnel des individus; les répercussions économiques de la malnutrition; l'accessibilité financière limitée des personnes à faible revenu à une alimentation saine et satisfaisante; le

concensus observé chez les intervenants consultés en égard à l'insuffisance de ressources à laquelle est confrontée les personnes de milieux défavorisés: le niveau de chômage élevé et l'augmentation de la pauvreté nous amène à faire les recommandations suivantes:

- que la problématique de la nutrition et de l'alimentation des populations défavorisées fasse partie des priorités du Ministère des Affaires sociales et de la Politique québécoise de nutrition;

- que soient développées des stratégies ou des mesures permettant aux personnes vivant dans la pauvreté d'accéder à une alimentation saine et satisfaisante;

- qu'un support financier soit assuré aux organismes et aux groupes qui travaillent à améliorer la situation alimentaire des populations défavorisées.

BIBLIOGRAPHIE

ACTION-ALIMENTAIRE: Ma commande me fait mourir! Carrefour d'Education populaire de Pointe St-Charles, 19791

ACTION-ALIMENTAIRE: Manger mieux, à quel prix? Carrefour d'Education Populaire, Pointe St-Charles, mars 1984.

ARCAND, R. KAPETANAKIS, C., ST-PIERRE, M.H.: Dossier socio-démographique et sanitaire du territoire du D.S.C. de Verdun - Volume 1. Verdun, D.S.C. du C.H. Verdun,1984.

BEAUDRY-DARISME, M.: "La nutrition en milieux défavorisés au Québec." Annales de l'A.C.F.A.S., vol.40, supplément, p.41, 1973.

BIGORIE, B. et coll.: "La diététique et la nutrition en 1979." Diététique et Nutrition, 29: 2321-2416, 19791

BILLETTE A.: "Santé, classes sociales et politiques redistributives". Sociologie et Sociétés, vol.9, no.1, avril 1977, pp. 76-92.

BURTON, B.T.: Human Nutrition, McGraw-Hill Book Co., 3th ed., 1976.

CLICHE, Pierre: Un schéma explicatif de la pauvreté (Document no,2), Projet Doris. Collection Indicateurs sociaux, Ministère des Affaires sociales, juillet 1976.

CLICHE, P., FUGERE, D.: La détermination d'un seuil de pauvreté: inventaire critique des mesures existantes. Ministère des Affaires sociales, Projet Doris, Collection Indicateurs sociaux, Québec, 1979, 269 p.

C.L.S.C. Saguenay-Nord (LIZOTTE, M. et coll.): Bien manger avec peu d'argent est-ce possible? Chicoutimi, Automne 1982.

C.P.D.Q. (Corporation professionnelle des diététistes du Québec): Conséquences de la Loi sur la nutrition et la santé des jeunes assistés sociaux (Document de travail), Mai 1984.

COMITE SENATORIAL PERMANENT DE LA SANTE, DU BIEN-ETRE ET DES SCIENCES: L'enfant en péril. Centre d'édition du gouvernement du Canada, 1980, p.13-15.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALE ET DE LA FAMILLE (CASF): Avis et recommandations sur l'alimentation et la nutrition en milieu scolaire des milieux primaires et secondaires au Québec, 1981.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (CASF): Rapport annuel 1979-80: Avis et recommandations du CASF sur l'augmentation des barèmes de l'aide sociale en regard de l'alimentation et de la politique québécoise de la nutrition, p. 20-26, 1980.

CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ETRE SOCIAL: Les enfants pauvres. Ottawa, mars 1975.

CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ETRE SOCIAL: Les pauvres et la consommation. Rapport sur la situation du consommateur à faible revenu face au marché canadien. Avril 1974.

CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ETRE SOCIAL: Un enfant, une chance. Rapport sur la nutrition, Ottawa, mars 1973.

DEBRY, G.: "Nutrition et santé publique dans les pays économiquement développés." The Can. J. Dietet. Ass., 36, no.3, p. 156-173, 1975.

GOLDBERG, M.: "Cet obscur objet de l'épidémiologie", Sciences sociales et Santé, no.1, décembre 1982, pp. 55-99.

HIGGINS, A.: "Nutritional status and the outcome of pregnancy." Can. J. Dietet. Ass., 37(I) : 17. 1976.

HOLLINGSWORTH, D.: "Nutritional problems in a affluent society. Can. J. Dietet. Ass. 35(4): 257, 1974.

HUGHES, R.E. et coll.: "Dietary ascorbic acid and muscle carnitine in guinea pig." Brit. J. Nut. 43: 385-387, 1980.

IMBACH, A.: "Les avenues de la recherche en nutrition gériatrique." Nutrition - Actualité, 6: 12-15, 1982.

INRS-URBANISATION: Dossier démographique et socio-sanitaire des DSC du Montréal Métropolitain, vol.2, annexe, Montréal, 1980.

LABONTE, R.N. and PENFOLD, P.S.: Health Promotion Philosophy. Western region office, Health and Welfare Canada, March 1981.

LEMAY, M.: Comment le niveau socio-économique peut-il entrer en relation avec l'état de santé? D.S.C. du C.H. de l'Enfant-Jésus, Québec, 15 p.

LERNER, M.: "Social Differences in Physical Health" In: Kosa, J., Zola, I.K.: Poverty and Health - A Sociological Analysis. Harvard University Press, Cambridge, 1975, pp. 80-134.

MC KEOWN, T.; LOWE, C.R.: An introduction to Social Medecine. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1974, 356 p.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES: Une politique québécoise en matière de nutrition. Direction générale de la planification, Services des études épidémiologiques, mai 1977.

MINISTERE DE LA SANTE NATIONALE ET DU BIEN-ETRE SOCIAL (Nutrition-Canada): Rapport sur la relation entre le revenu et la nutrition, Ottawa, mars 1973.

MONTREAL DIET DISPENSARY: Budgeting for Basic Needs; Coût minimum de régimes nutritifs, mai 1983.

ROBERTS, E.: "Some thoughts about aminobutyric acid system in nervous tissue." Nut. Rev. 21: 161-165, 1963.

SCHWAB, J.J.; SCHWAB, M.E.: Sociocultural Roots of Mental Illness an Epidemiologic Survey. Plenum Medical Book Co., New-York, 1978, 338 p.

SEGUIN, Louise: "Nouveaux problèmes de santé des enfants Rôle des centres et des départements de santé communautaire." L'Union médicale du Canada, Tome 112, p.168-172.

SIEMIATYCKI, Jack: Les conditions de vie et la santé avec référence spéciale aux quartiers de bas revenus à Montréal. Montréal, 1972, miméographié, 49 p.

SOURBES, T.L.: "Disorders of eating and nutrients in the treatment of brain disease." In: Nutrition and the Brain, Wurtman, R.J. et Wurtman, J.J., ed. vol. 3, Raven Press, N.Y., p. 265-299, 19791

STERNER, R.T. et W.R. Price: "Restricted Riboflavin: Within Subject Behavioral Effects in Humans." Am. J. Clin. Nutr. 26: 150, 1973.

WILKINS, R.: An analysis of Population Health Status in each Local Community Service District (CLSC) of the Department of Community Health (DSC), Montreal General Hospital, late 1970s. Institute for Research on Public Policy, Montréal, 1982, s.p.

ANNEXE: APPENDICE METHODOLOGIQUE

APPENDICE METHODOLOGIQUE [1]

Dans un premier temps, nous présenterons les instruments et les techniques que nous avons utilisés. Par la suite, nous apporterons des détails sur la démarche de cueillette de données.

Au début de notre démarche nous fûmes confrontés à un problème qui , indirectement, était tributaire de la composition de notre équipe de recherche constituant une équipe multidisciplinaire, (1 travailleuse sociale, 1 sociologue et 2 diététistes) il fallait que nous puissions uniformiser nos vocabulaires respectifs pour accélérer la revue de littérature. Pour ce faire, nous avons construit une grille de lecture qui recoupait l'ensemble des thèmes qui nous préoccupaient.

Quoique essentiellement technique, cet instrument mérite d'être explicité plus en détail. Cette fiche est constituée comme suit: un bloc de référence à l'intérieur duquel nous pouvions identifier la provenance du document, le ou les auteurs ainsi que le titre; une seconde section où l'on retrouve sept thèmes qui recoupent l'ensemble de notre problématique et qui permettent de situer clairement le contenu du document; une troisième section permettait de faire ressortir les idées principales du texte et une dernière section réservée pour les commentaires ou les critiques sur le document.

Nous pouvons dire que cet instrument de travail fut très efficace. D'une part, il nous a permis d'accélérer la revue de la littérature en situant chaque texte par rapport à l'ensemble des documents. D'autre part, cet outil c'est révélé très utile pour la rédaction dans la mesure où il permettait d'effectuer une sélection rapide des textes pertinents et il constituait un système de repérage rapide en égard aux documents que chacun devait utiliser.

1- Rédaction: Gilles Simard

Comme notre démarche de terrain constituait pratiquement la plus grosse source d'information, nous avons donc bâti une grille d'entrevue qui devait nous permettre de recueillir un maximum de données. Cette dernière devait notamment nous apporter plus qu'un complément d'information, elle fut donc construite de manière à recouper l'ensemble de nos préoccupations de recherche. Nous avons opté pour des entrevues ouvertes dont les paramètres étaient exclusivement déterminés par le choix des thèmes abordés. Une de nos préoccupations était d'obtenir le plus d'information possible tout en dépassant le niveau d'argumentation idéologique.

Avant de disserter plus en profondeur sur le contenu de la grille d'entrevue, nous désirons expliciter son processus d'élaboration. En réalité, il diffère très peu de ceux utilisés dans la production d'un questionnaire. C'est donc dire qu'elle fut construite en fonction de nos hypothèses de départ et des impératifs de planification de cette recherche. Notre grille d'entrevue fut soumise à un pré-test, ce dernier étant effectué auprès des 3 premiers groupes d'interlocuteurs que nous avons rencontrés. Suite à ce pré-test, des corrections mineures furent apportées. La nature de ces corrections a varié de l'inversement de certains thèmes ou rajout d'éléments manquants.

Elle se compose d'un bloc d'identification des organisations rencontrées. Cette première section visait à obtenir des informations sur la base sociale de l'organisation, sur son milieu d'implication, sur le nombre d'années d'existence, sur son financement, ou mode de fonctionnement (permanence, bénévolat) ainsi que sur le réseau d'organismes avec lequel ce groupe travaille. Cette première section nous a permis de bien identifier les diverses organisations et de les situer par rapport au DSC de Verdun. Notamment pour connaître les possibilités de concertation dans l'organisation d'une intervention sociale auprès de la population visée. De plus, en débutant les entrevues par ce type de question, nous sommes arrivés à créer un climat de confiance en considérant d'emblée

les organisations. Ces dernières se sentaient directement impliquées et intégrées dans la problématique.

Par la suite, nous abordions la thématique centrale de notre problématique, soit le phénomène de la pauvreté. Dans un premier temps, nous parlions de ce phénomène de manière globale, en fonction des différents seuils de pauvreté, nous demandions aux interlocuteurs de formuler une définition de la pauvreté, de situer cet état de fait dans la réalité québécoise et plus particulièrement au sein de la population qu'ils desservent respectivement.

Notre second thème était directement tributaire du premier, il s'agissait de lier les phénomènes de pauvreté et d'alimentation. Nous étions intéressés à évaluer l'influence et les effets du manque de ressources financières sur la capacité ou l'incapacité de tenir un budget alimentaire fixe et bien équilibré. Nous voulions aussi savoir dans quel mesure la pauvreté pouvait être une cause de malnutrition, de sous-alimentation. Finalement, nous cherchions à savoir s'il y avait une relation causale directe entre l'état de pauvreté, la malnutrition, la sous-alimentation et les problèmes de santé. Pour ce qui concerne les relations entre pauvreté et alimentation, les intervenants que nous avons consultés répondaient de manière assez précise. Par contre, nous avons obtenus très peu d'information sur les problèmes de santé qui pouvaient être directement liés à une mauvaise alimentation. Cette préoccupation était plus clairement perçue par les intervenants de la santé particulièrement les médecins. Toutefois, nous n'avons pas eu d'informations précises sur ce sujet. Nous fûmes donc obligés de nous en remettre à la littérature existante.

Une autre variable nous apparaissait comme très importante dans le processus d'acquisition d'une alimentation équilibrée: le phénomène d'analphabétisme. Selon nous, cette situation constituait une entrave à toute forme d'apprentissage et d'infor-

mation basée sur l'écrit. Nous cherchions donc à savoir s'il s'agissait d'une réalité au sein des populations desservies par les organisations que nous avons rencontrées.

Nous voulions savoir s'il existait une relation causale entre pauvreté, analphabétisme, mauvaise alimentation et problème de santé. Dépendamment des intervenants, nous avons obtenu des informations plus ou moins précises. Nous avons dû compléter nos informations par de la documentation portant sur l'analphabétisme. Néanmoins, certaines affirmations nous ont été très utiles dans l'analyse de ce phénomène, notamment au niveau de la capacité d'effectuer des choix rationnels.

Nous avons cru pertinent de nous intéresser à une autre variable qui, de prime abord, semble tout à fait éloignée d'une problématique en nutrition: l'accessibilité géographique. En fait, notre préoccupation globale était de savoir s'il existait un problème d'accessibilité géographique et si cette possibilité pouvait influer sur l'acquisition d'une meilleure alimentation. Nous nous adressions surtout aux populations à mobilité réduite, tel les personnes âgées et les assistés sociaux. Par ailleurs, nous débordions ce cadre relativement restreint pour vérifier s'il y avait un problème d'accessibilité géographique par rapport aux différentes alternatives alimentaires. Nous avons obtenu très peu de résultats précis concernant cet aspect du problème. Ce qui est ressorti avec plus de précision concernait surtout les alternatives alimentaires, ces dernières ne faisant pas légion dans le secteur de l'alimentation. Au que faire, les intervenants ne pouvaient généralement pas répondre, mis à part ceux qui étaient directement impliqués dans ces alternatives.

Nous terminions nos entrevues par une évaluation des diverses interventions en nutrition et en alimentation qui furent réalisées jusqu'à ce jour. Globalement, les intervenants n'étaient pas en mesure de répondre à cette demande d'évaluation de façon très exhaustive. Les quelques éléments de réponse furent formulés par des intervenants directement concernés par

ces programmes (diététistes, infirmières). Par contre, les discussions furent très animées lorsque nous abordions le sujet des alternatives alimentaires.

Avant de parler de la mécanique spécifique de notre démarche de terrain, à savoir l'organisation et le déroulement des entrevues, nous voudrions présenter le dernier outil méthodologique que nous avons utilisé: les fiches de procès-verbaux. Nous ne voyons pas la pertinence d'expliquer en détail le contenu de ces fiches dans la mesure ou elles suivent la même logique que la grille d'entrevue. Ce qui est surtout intéressant pour le lecteur, c'est de connaître le but et la potentialité de cet outil méthodologique. Nous avons construit les fiches de procès-verbaux pour faciliter et accélérer la retranscription des entrevues. Comme les entrevues prenaient la forme d'une discussion plutôt que celle d'un interview, le contenu ne suivait pas nécessairement la logique d'élaboration de la grille d'entrevue. Or, compte-tenu que les fiches fonctionnent par thème, il était facile de retranscrire les entrevues en suivant le déroulement de la discussion. De plus, il s'agit d'un instrument de travail très appréciable au niveau de la rédaction. Chaque fiche est identifiée et correspond à une entrevue; comme les feuilles peuvent être détachées, chaque membre de l'équipe pouvait utiliser ce dont il avait besoin, sans compromettre le travail des autres. Par ailleurs, ce mode de retranscription permet un repérage rapide du contenu des entrevues.

Nous aborderons maintenant la technique d'entrevue proprement dite. Nous avons déjà mentionné qu'il s'agissait d'entrevues ouvertes (enregistrées sur cassettes). Dans la majeure partie des cas, il y avait plus d'une personne par entrevue (ex.: deux ou trois). Nous devons aviser le lecteur que c'est à notre demande qu'est attribuable ce nombre d'individus par entrevue. Nous avons privilégié l'entrevue de groupe compte tenu que nous nous adressions à des organisations et que nous n'étions pas intéressé par le seul point de vue d'un individu.

En terminant, nous voulons apporter des précisions quant à la provenance et la nature des documents utilisés ainsi que sur l'échantillonnage que nous avons effectué. Les documents que nous avons utilisés proviennent principalement de deux sources distinctes. D'une part, bon nombre de documents proviennent des gouvernements fédéraux et provinciaux. Il s'agit globalement de rapports de commission d'enquête, de textes du Conseil Canadien du Bien-être social, de documents de Statistique Canada. D'autre part, nous avons recueilli plusieurs articles et publications provenant d'une littérature spécialisée dans le domaine de la nutrition. Différents ouvrages ont aussi été utilisés mais de façon fragmentaire, selon les besoins de la recherche.

Quant à l'échantillonnage, il relève d'un arbitraire théorique tributaire du mandat qui nous a été confié. Nous avons systématiquement contacté tous les groupes populaires et communautaires du territoire du DSC de Verdun qui étaient concernés par notre problématique. De plus, nous avons aussi rencontré des interlocuteurs-clés, travailleurs ou membres d'organisations situées à l'extérieur de notre territoire. Nous avons effectué pas moins de 35 entrevues échelonnées sur une période de 5 semaines. La prise de contact initiale se faisait par téléphone.

En ce qui a trait à la représentativité de l'échantillonnage, deux questions se posent. Une première quant à l'échantillonnage en soi et une seconde sur la représentativité des organisations au sein de la population. Dans le premier cas, nul doute que notre échantillonnage est complet dans la mesure ou tous les groupes qui se rapprochent des questions de pauvreté au sens large ont été consultés. En ce qui concerne la représentativité des groupes auprès de la population, il pourrait y avoir matière à discussion. Toutefois, force est d'admettre que ces organisations représentent bel et bien des groupes sociaux précis, ne serait-ce qu'au niveau de leurs revendications.

Dans une perspective d'intervention auprès des groupes sociaux défavorisés, il nous semble que les groupes déjà organisés, constituent une très grande source d'information et une base potentielle pour une action concertée.

R E V U E B I B L I O G R A P H I Q U E

REFERENCES:

PROVENANCE: _____

_____

AUTEUR : _____

_____

TITRE : _____

_____

THEMES:

1- PAUVRETE AU D.S.C. VERDUN (1)

2- PAUVRETE/ALIMENTATION, SANTE (2-3)

3- MALNUTRITION, SOUS-ALIMENTATION (QUEBEC) (4-5)

4- ANALPHABETISME (7)

5- BUDGET ALIMENTAIRE (6)

6- ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE (8)

7- INTERVENTIONS (9)

A- ETAT

B- GROUPES POPULAIRES, COMMUNAUTAIRES

_____

IDEES PRINCIPALES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

IDEES PRINCIPALES:

COMMENTAIRES:

IDENTIFICATION: _____

GRILLE D'ENTREVUE

1) Informer sur l'action de notre organisation

2) Demander _____ sa base sociale
_____ son milieu d'intervention
_____ son existence (durée)
_____ son financement

Q-1: Que considérez-vous comme étant le seuil de la PAUVRETE ?

A) Quelle en serait votre définition ?

B) Pensez-vous qu'il s'agit d'une réalité québécoise ?

C) Quelle est l'importance du phénomène de la pauvreté au niveau de la population que vous desservez ?

- Perspective quantitative ($)
- Perspective qualitative (qualité de vie)

Q-2: Est-ce que l'ANALPHABETISME est une réalité au sein de votre population ?

Si oui :

A) Pourriez-vous établir de quel "degré" d'analphabétisme il s'agit ?

B) Selon vous, existe-t-il une relation entre analphabétisme et pauvreté ?

C) Selon vous, existe t-il une relation entre analphabétisme et habitudes alimentaires ?

D) Est-ce une entrave à l'apprentissage en nutrition ?

Q-3: En regard au phénomène de la pauvreté...

A) Quelle est son influence, et effets sur le BUDGET ALIMENTAIRE ?

B) Serait-elle une cause de MALNUTRITION, SOUS-ALIMENTATION ?

C) Y aurait-il une RELATION CAUSALE entre pauvreté malnutrition, sous-alimentation et problème de santé ?

.../2

Q-4: <u>Doit-on considérer qu'il existe un problème d'ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE pour l'acquisition d'une meilleure alimentation</u> ?

A) Personnes âgées _____ mobilité réduite

_____ manque de ressources pour le transport

B) Assistés sociaux _____ mobilité réduite

_____ manque de ressources pour le transport

C) En rapport aux différentes alternatives alimentaires

D) Y aurait-il une solution ?

Q-5: <u>Nous voudriions terminer par une CRITIQUE et une EVALUATION des diverses interventions en alimentation</u> ?

A) Politiques du M.A.S.

B) Programme des D.S.C., C.L.S.C.

C) Perspective des comptoirs alimentaires

D) Pouvez-vous expliciter et évaluer votre intervention dans le secteur de la nutrition ?

PROCES-VERBAL DES ENTREVUES

Identification de ou des informateurs:

Organismes:

Informations sur l'organisme:

Base sociale:

Milieu d'implication:

Source de financement, personnels de l'organisme:

PAUVRETE

1. Au sujet du seuil de pauvreté :

   a. Quel serait votre définition:

   b. Pensez-vous que la pauvreté est une réalité (Q):

c. Quel est l'importance du phénomène de la pauvreté au niveau de la population que vous desservez: (Pour le territoire du DSC)

Perspective quantitative:

Perspective qualitative:

Dans quelle mesure la pauvreté influence t-elle sur le budget alimentaire ?

La pauvreté est-elle une cause de malnutrition de sous-alimentation:

Y a t-il une relation causale directe entre pauvreté, malnutrition/sous-alimentation et problème de santé:

ANALPHABETISME

2. Est-ce que l'analphabétisme est une réalité au sein de votre population :

a. Echelle d'analphabétisme:

b. Relation entre analphabétisme et pauvreté:

c. Relation entre analphabétisme et nutrition
L'analphabétisme est-elle une entrave à l'apprentissage en nutrition

ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE

3. Doit-on considérer qu'il y a un problème d'accessibilité géographique pour l'acquisition d'une bonne nutrition:

a. Par rapport aux personnes âgées:

b. Par rapport aux assistés sociaux:

c. En fonction des alternatives alimentaires:

d. Que faire

INTERVENTIONS

4. Evaluation des diverses interventions en alimentation:

a. Au niveau des politiques du M.A.S.

b. Dans les D.S.C., C.L.S.C.

c. Perspective des comptoirs alimentaires

d. Evaluation de vos propres interventions :

LISTE DES ORGANISMES ET DES GROUPES OÙ LES INFORMATEURS-CLES FURENT RECRUTES

. Comité des assistés sociaux de Verdun
. CEDA (Centre d'éducation des adultes), St-Henri, Petite-Bourgogne
. Clinique communautaire de Pointe-St-Charles
. B.S.S. Sud-Ouest (C.S.S.S.M.M.) Verdun
. C.L.S.C. Centre-Sud
. C.L.S.C. Centre-Ville
. Comptoir alimentaire de Verdun
. Comité chômage sud-ouest de Montréal (rue St-Antoine, O.)
. C.L.S.C. St-Henri, Petite Bourgogne
. D.S.C. St-Luc
. Clinique St-Jacques
. Club Dawson, Verdun
. C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve
. Association des familles monoparentales de Verdun
. Y.M.C.A. Pointe St-Charles
. Coop La Balance, Pte-St-Charles
. C.I.C.D. (Centre d'information communautaire et de dépannage, Mtl
. A.C.E.F. Rive-sud (Ass. de consommation et d'économie familiale)
. C.L.S.C. St-Louis du Parc
. Maintien à domicile (travailleur de quartier), Verdun
. Montreal Diet Dispensary
. A.C.E.F. (rue Panet)
. C.S.N. (syndicat des emplois)
. F.C.C.C. (Fédération des clubs coopératifs de consommation)
. Institut de recherche politique, Mtl
. Y.W.C.A. Montréal (Boul. Dorchester ouest)
. Comité social Centre-sud (organisme d'éduc. populaire)
. La maison du père (Centre francophone d'hébergement pour hommes)
. Chez Doris (centre d'hébergement pour femmes)
. Service 15-20 (Verdun)
. Pavillon d'éducation communautaire, Mtl.
. Carrefour d'éducation populaire (Pte-St-Charles)